

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL  
Trabajo Fin de Grado

# PROTOCOLO EN MATERIA DE ADOPCIÓN: RENUNCIA DE LA MADRE BIOLÓGICA AL RECIÉN NACIDO

Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico  
Universitario "Lozano Blesa"



Alumno/a: Sara Jiménez Martínez.  
Director/a: Yolanda López Del Hoyo.  
Zaragoza, junio de 2013.

*Querría expresar mi reconocimiento y admiración a la dedicación y labor desempeñada por la trabajadora social Pilar Vico. Mi más sincero agradecimiento por permitirme realizar el análisis de casos, explicarme todo el proceso, revisar las historias sociales conmigo y dedicar gran parte de su tiempo al seguimiento y supervisión del protocolo.*

*Por otra parte a la profesora Yolanda López del Hoyo, quien se ha encargado de guiar, revisar e introducir las correcciones que han sido precisas.*

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1. Justificación	2
1.2. Objeto del trabajo. Adopción en el hospital. Necesidad de intervención profesional.	3
1.3. Metodología empleada.	4
1.4. Estructura del trabajo.	5
<b>2. FUNDAMENTACIÓN EN ADOPCIÓN</b>	5
2.1. Introducción a la adopción	6
2.2. Adopción Nacional e Internacional	9
2.3. Posibles vías de adopción nacional	11
2.4. Desvinculo madre-recién nacido	11
2.5. Efectos de la adopción nacional	12
2.6. La familia	12
2.7. Motivos de elección de la adopción internacional	14
2.8. Trabajo social y adopción	15
2.9. Estadísticas	16
2.10. Proceso de adopción	24
2.11. Requisitos del proceso adoptivo	27
<b>3. DESARROLLO DEL ESTUDIO</b>	29
3.1. Metodología	29
3.2. Entrevistas	38
3.3. Legislación	47
3.4. Estudios sobre adopción hospitalaria	47
3.5. Análisis de casos	57
3.6. Comparativa de protocolos de intervención en mujeres que renuncian al recién nacido tras el parto	74
<b>4. CONCLUSIONES</b>	94
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b>	97
<b>ANEXOS</b>	¡Error! Marcador no definido.

## **1. INTRODUCCIÓN**

Este estudio tiene como fin último la elaboración de un protocolo de adopción para la Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". En dicho hospital existe una guía de intervención en esta materia, elaborada por la trabajadora social del servicio de obstetricia y pediatría, Pilar Vico, que rige y orienta la actuación de las profesionales, pero no está considerada documento oficial. Para alcanzar la meta prevista ha sido preciso realizar una amplia revisión bibliográfica que abarca: el marco conceptual, los requisitos de adoptantes y adoptados, el proceso de adopción, la legislación en materia sanitaria y de adopción y por último, las estadísticas relativas al ámbito estatal y en concreto, a la Comunidad Autónoma de Aragón. La investigación también cuenta con dos entrevistas, una realizada a la trabajadora social del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales y la otra, a la trabajadora social responsable del servicio de pediatría y obstetricia del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", con el interés de conocer la intervención y actuaciones llevadas a cabo por dos de las figuras fundamentales, que se encuentran en continua coordinación, ante sucesos de adopción. Otro de los apartados con los que cuenta este estudio es el análisis descriptivo de los casos acontecidos, en el Hospital Clínico, entre los años 2003 a 2012, ambos incluidos. En base a todos los elementos estudiados, el esquema del protocolo es el siguiente: introducción, objetivo general y objetivos específicos, marco conceptual, marco legislativo, flujograma, intervención, material, recursos de solicitud de información, glosario y anexos. En definitiva, en función de la metodología anteriormente descrita, el objetivo de este trabajo fin de grado es crear un protocolo de intervención en materia de la posible renuncia de la madre biológica al recién nacido, que: a) facilite la labor profesional en el área de trabajo social dentro del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"; b) concrete los pasos a seguir por el trabajador social; c) sirva de soporte y orientación en la actuación con la paciente; d) haga mención a la información que es preciso proporcionar a la madre biológica; y e) establezca los aspectos

básicos e imprescindibles a abordar, así como las coordinaciones, tanto intra como extra hospitalarias, que son precisas de modo que se alcance una actuación lo más eficaz y menos traumática posible.

### **1.1. Justificación**

La adopción es una medida de protección, dirigida a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de desamparo y por este motivo, son tutelados por la administración, a la que compete esta función, dentro de cada Comunidad Autónoma. La finalidad de esta actuación es ofrecer al menor un ambiente familiar estable, al margen de su familia de origen, que cuente con figuras adultas capacitadas para el desempeño de la patria potestad. Buscando la primacía del interés del niño y con el objetivo de garantizar que sus necesidades estén cubiertas durante todo el proceso, actúa la figura del trabajador social sanitario, una de las partes implicadas en la protección del menor y el profesional en quien se centra este trabajo fin de grado.

Por medio de este estudio se busca enfatizar los derechos del niño y asegurar, como ya se ha mencionado, su protección desde el nacimiento. Las escasas referencias en materia de adopción nacional respecto a la internacional y en concreto, de estudios que aborden la renuncia a recién nacidos es otro de los argumentos para la realización de este estudio. La renuncia de la madre al recién nacido no es un fenómeno nuevo y precisa de investigaciones actualizadas sobre intervención. Siendo las condiciones económicas y laborales uno de los principales argumentos que las madres verbalizan, en el momento en el que comunican la renuncia al bebé, adquiere especial importancia en esta situación de crisis actual y ausencia de recursos establecer un protocolo de intervención.

Los trabajadores sociales que desempeñan su labor en el ámbito hospitalario cumplen con una función esencial de atención y apoyo, en situaciones de renuncia de la madre biológica al recién nacido, tras el alumbramiento. Son estos los motivos principales que justifican la realización

de un protocolo de intervención en materia de adopción, para el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

La finalidad es establecer una fuente útil para la unidad de trabajadoras sociales del hospital. De modo que, se consiga que la intervención sea lo más satisfactoria posible en materia de trabajo social.

### **1.2. Objeto del trabajo. Adopción en el hospital. Necesidad de intervención profesional.**

La protección de menores es un asunto de relevante interés y valor en nuestra sociedad, en cuanto que se pretende conseguir que estos consigan una adecuada incorporación en la comunidad. El centro de la intervención es el menor, procurando que este goce de las mejores condiciones. Las situaciones en las que una familia biológica decide dar a un menor en adopción suelen producirse cuando este es recién nacido. Es mucho más complicado que esta situación se produzca de forma voluntaria cuando el niño ya tiene cierta edad. En el supuesto de los bebés, que se dan en adopción en un centro hospitalario tras su nacimiento, es imprescindible que intervenga el profesional de trabajo social hospitalario.

Los trabajadores sociales sanitarios son figuras esenciales, puesto que proporcionan ayuda, sostén y atención en contextos de renuncia de la madre biológica al recién nacido. Situaciones que acontecen en el hospital tras el nacimiento del menor. Son agentes que dominan los temas relativos a la realidad social, los problemas, actitudes y dificultades que conciernen a la población.

Cuando se conoce un caso en que la madre desea dar al bebé en adopción, los profesionales sanitarios del hospital o de centros de salud, los trabajadores sociales de servicios sociales, servicios de protección, etc. derivan el caso al trabajador social del hospital solicitando su intervención. La coordinación es un elemento imprescindible en el proceso de intervención y por ello, una de las partes sobre las que se debe dejar constancia en este estudio.

Así como, el ámbito legislativo, el marco conceptual o los materiales precisos para la actuación del trabajador social.

Como ya se ha mencionado, en la introducción del trabajo fin de grado, la intervención que han seguido hasta el momento las profesionales de la unidad de trabajo social, y que fue elaborada por la encargada del servicio de pediatría y obstetricia, Pilar Vico, está catalogada como un manual de procedimiento. Se trata de una guía de actuación que consta de sus correspondientes objetivos y la intervención a desarrollar por el profesional en materia de trabajo social. Con la elaboración de este estudio lo que se pretende es plantear un protocolo de intervención, en el área relativa a la adopción hospitalaria, que sea catalogado como documento oficial y se encuentre reconocido por la Dirección del Hospital Clínico. Se persigue constituir una síntesis en la que se expresen, organicen y destaquen los puntos más relevantes en relación a esta materia. No se trata de una recapitulación cronológica de las acciones a realizar, ni de establecer un mero resumen sobre el suceso. El protocolo es un instrumento de trabajo para las trabajadoras sociales de la unidad, que sirve como guía de la intervención que llevan a cabo.

La estructura que va a presentar el protocolo ha sido concretada con la trabajadora social responsable, de modo que resulte lo más útil posible para la intervención profesional. Además de ser: precisa, ágil y completa. El resultado es el siguiente: a) Introducción; b) Objetivos; c) Marco conceptual; d) Marco legislativo; e) Flujograma; f) Intervención social; g) Material; h) Recursos de solicitud de información; i) Glosario; y j) Anexos.

### **1.3. Metodología empleada.**

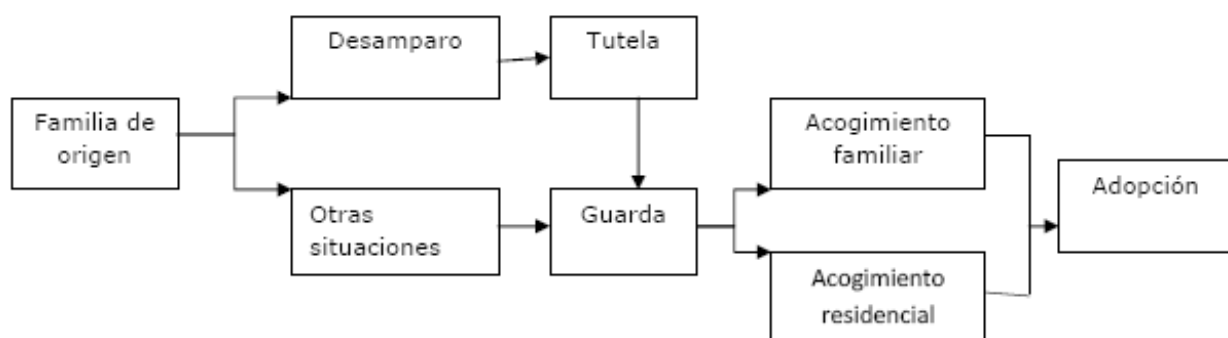
Este estudio es de tipo descriptivo, en el que se ha tratado de definir los aspectos fundamentales de la adopción y el fenómeno de renuncia de la madre biológica al recién nacido. Se encuentra compuesto por revisión bibliográfica, en materia de legislación y adoptiva, entrevistas a la trabajadora social del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia y a la trabajadora social del

Hospital Clínico. Así como, el análisis de casos acontecidos en el hospital desde el año 2003 al 2012, ambos incluidos. Las herramientas utilizadas han sido la bibliografía y el estudio descriptivo de los casos. El sistema de referencias bibliográficas seguido es el establecido por las normas American Psychological Association (APA), en el que en las citas incluidas en el texto se hace referencia al autor y al año.

#### **1.4. Estructura del trabajo.**

Para realizar esta investigación se comenzó por la revisión bibliográfica en materia de adopción. Tras esto, tuvieron lugar varios análisis en profundidad de las historias sociales, junto con el establecimiento del perfil más frecuente y la discusión del mismo. Posteriormente, definí los apartados que compondrían el proyecto. También realice un estudio en materia de legislación, tanto en adopción como sanitaria. Lleve a cabo una búsqueda de estudios sobre abandono y renuncia, a nivel nacional e internacional. Para finalizar, un análisis y la comparativa de los protocolos de renuncia propios de otras Comunidades Autónomas. El resultado final es la elaboración del protocolo de intervención, en materia de renuncia, para el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

## **2. FUNDAMENTACIÓN EN ADOPCIÓN**



En base al artículo 172 del Código Civil y a González y Grande (2004), defino el desamparo como la situación en la que se encuentran los menores debido a la falta, imposibilidad o inapropiada práctica de las responsabilidades de protección, establecidas en la Ley, por parte de los padres o tutores. De modo que, queden ausentes del debido cuidado moral o material. Una vez declarada la situación de desamparo, la Entidad Pública es responsable de la



guarda y protección del menor. Se conoce como "tutela ex lege" y conlleva la anulación de la tutela ordinaria o patria potestad (Loizaga, 2010 y artículo 172 Código Civil). La patria potestad engloba todos los deberes y derechos que deben cumplir los padres con sus hijos menores de edad (González y Grande, 2004). Estos autores indican que la tutela ex lege implica la guarda del menor. Es decir, la guarda puede establecerse cuando el juez legalmente así lo decida o ante la solicitud de los padres/tutores que lo demanden. La guarda puede ejercerse por medio de dos medidas de protección: el acogimiento familiar, si se integra al menor en una familia distinta a su familia biológica y escogida por la administración, o el acogimiento residencial cuando este es internado en un centro de acogida. Se tratara, siempre que sea posible, de primar el acogimiento familiar. En el artículo 173 del Código Civil se recogen las tres formas de acogimiento: simple, permanente y preadoptivo. Siendo la última modalidad mencionada la que se establece antes de presentar la propuesta de adopción. Constituye una fase de adaptación entre el menor y la nueva familia que no puede superar el periodo de un año.

González y Grande (2004, p. 125) definen adopción, como: "La medida de protección de menores por la que se constituye una relación de filiación análoga a la biológica entre el adoptante y el adoptado". Santamaría y Loizaga (2010, p. 70) consideran "La adopción o filiación adoptiva como el acto jurídico mediante el que se crea un vínculo de parentesco entre dos personas, de forma tal que se establecen relaciones análogas o muy similares a las que resultan jurídicamente de la paternidad". En base a estos dos conceptos estableceré una definición propia: La adopción es una medida de protección irrevocable en la que, por medio de la resolución judicial, se crean derechos y deberes mutuos entre adoptante/adoptantes y adoptado. La filiación por adopción es equivalente a la filiación biológica y produce la ruptura de vínculos con la familia anterior.

## **2.1. Introducción a la adopción**

Pese a que la adopción no es un fenómeno reciente, ha sido en los últimos años cuando ha adquirido en España la visibilidad y magnitud social de la que

ahora goza. Se trataba de un proceso que afectaba a una minoría numérica, del que formaban parte escasas familias y del que se ocupaban únicamente algunos de los profesionales de los servicios de protección de menores.

La adopción es un servicio que forma parte del sistema de protección español, destinado a niños y adolescentes que, en el territorio nacional, se encuentran en situación de desamparo y son tutelados por la entidad pública en protección de menores de cada Comunidad Autónoma. Pretende que el menor acceda a un hogar estable, bien porque no dispone de familia de origen o es inconveniente/imposible vivir con ella, y que este cuente con unas personas adultas capaces de desempeñar los derechos y obligaciones que son propios de la patria potestad. La adopción trata de garantizar que niños/as y adolescentes gocen de una adecuada integración social. Como señala Maíz (2010, p. 78):

“<de la práctica inicial de “escoger un niño o niña para unos padres/madres>” se pasa a “<escoger los mejores padres/madres para un niño o niña que lo necesita>”.

En los inicios de la historia de la adopción se refleja que el proceso se centraba en los adoptantes, posteriormente el núcleo de la intervención comenzó a ser el menor. En la actualidad, se trata de un recurso de protección para el niño o adolescente, no para los adoptantes, que tiene como fundamento el interés superior del menor y sus derechos. La adopción no es un recurso o actuación dirigido a las familias, sino que se trata de una intervención cuyo centro de acción se sitúa en trabajar por y para las personas menores de edad (Maíz, 2010).

García (2005) refiere que el proceso de adopción en España es gratuito. Otra de sus características principales es la lentitud, puede llegar a durar nueve años e incluso, como afirma la trabajadora social del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales, puede que existan familias que no reciban nunca un menor en adopción. Otros expertos hablan de un periodo medio de dieciséis años. Numerosos adoptantes

pretenden adoptar bebés sanos, lo que hace que las listas de espera sean cada vez más largas y el número de menores en situación de adoptar menor.

En las situaciones en las que los menores tienen cierta edad, desde los servicios sociales se pretende que se reincorporen en su familia de origen. En los casos que este hecho no es posible, teniendo en cuenta que el menor es el centro de la intervención, se plantea la adopción como opción a la institucionalización (Maíz, 2010).

La adopción es la medida más drástica que puede tomarse, dentro del sistema de protección a la infancia, para menores que se encuentran tanto en situación de riesgo como de desamparo. Los motivos son dos:

- La situación jurídica previa a la adopción de todos los implicados se modifica tras este proceso. El menor, protagonista central, jurídicamente deja de ser hijo de sus padres biológicos y se convierte en hijo de aquellos padres adoptivos que no tenían descendencia. Lo que supone el fin de la patria potestad de los padres biológicos del menor, la desaparición de derechos y obligaciones y la pérdida de apellidos de la familia biológica. Así como, que los padres adoptantes y el menor adoptado adquieran una relación idéntica a la relación paterno-filial biológica, es decir, con los mismos derechos y obligaciones.
- Sentido definitivo y sin posibilidad de anulación. El resto de medidas de protección: programa de preservación familiar, acogimiento temporal, acogimiento permanente, centros, etc. pueden cesar y es posible cambiar esta situación. En cambio en la adopción este hecho no puede ocurrir.

Esta medida de protección es irreversible, se equipara a la filiación biológica ya que los derechos y obligaciones que surgen tras su constitución son los mismos. Se trata del último recurso dentro del Servicio de Protección al Menor (Palacios, 2009).

Entre los sistemas de relación que genera la adopción se encuentran:

- Las relaciones protectoras: patria potestad, tutela, guarda, custodia, representación legal, convivencia y asistencia.
- Las de tipo patrimonial, que engloba los alimentos y la sucesión.
- Por último, las relaciones de carácter personal: apellidos y nacionalidad. Esto último se debe al caso de las adopciones fuera de España (García, 2005).

En base a García (2005), los sucesos más habituales que se producen en los padres biológicos de los menores desamparados y que se encuentran en centros de protección, son entre otros: renuncia de la madre, negligencia de las responsabilidades parentales, enfermedades mentales, insolvencia material, malos tratos, abusos, drogadicción, alcoholismo, mendicidad, prostitución y encarcelamiento.

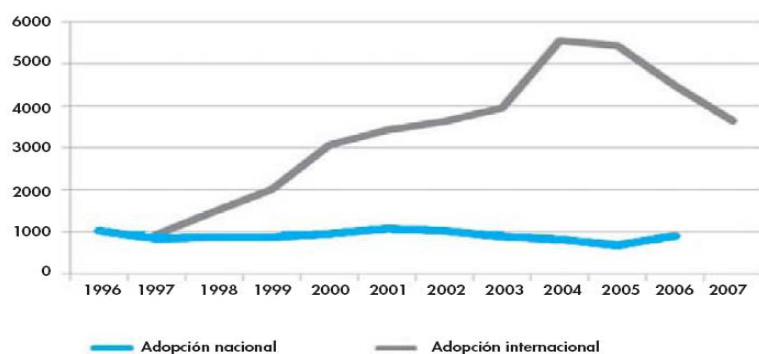
Actualmente, en el caso que incube a la adopción nacional la familia de origen esta cada vez más presente. El adoptado dispone de más información, según los expertos, este hecho supone una ventaja para el menor ya que le proporciona la posibilidad de elaborar su historia y reconciliarse con su pasado.

## **2.2. Adopción Nacional e Internacional**

Siguiendo a Jesús Palacios (2009), la adopción puede ser de tipo nacional o internacional. El hecho distintivo se encuentra en que el adoptado disponga o no de la nacionalidad española. Se debe puntualizar que si un menor no dispone de nacionalidad española podría tenerse en cuenta como adopción internacional, pero al encontrarse en territorio nacional será considerado como adopción nacional debido a que el proceso se lleva a cabo ante las autoridades españolas.

La creación de la adopción internacional, persigue los mismos fines que la adopción nacional, busca proporcionar protección y garantizar los derechos en menores de países del Tercer Mundo o Europa Oriental (García, 2005).

Gráfico 1. Cifras totales de adopción nacional e internacional en España en los últimos años.



Fuente: Palacios, 2009, p. 54.

Mientras que la adopción nacional existe desde hace siglos, la internacional es mucho más actual. En el caso español, su regulación jurídica comienza en el año 1996 y su renovación legislativa tiene por fecha el 2007 (Palacios, 2009).

El grafico refleja el perfil plano de la adopción nacional frente al ascenso de la internacional. Los datos absolutos de adopción nacional se han mantenido constantes, entre 800 y 1000 casos al año. En lo relativo a la adopción internacional, entre 1998 y 2004 se produjo un acusado incremento. Es suceso se encontró marcado por la falta de recursos profesionales. El desarrollo de la adopción internacional en España fue tardío en comparación a otros países europeos. Aunque rápidamente se colocó en los primeros puestos junto a países europeos que llevaban décadas inmersos en este proceso (Palacios, 2009).

La imagen ilustra que la adopción en España no se limita exclusivamente al proceso internacional, pese a la creencia extendida de un número significativo de población que considera que adoptar en España es hacerlo internacionalmente. Aunque si es cierto, que el número de solicitudes de adopción nacional, tras la aparición de la adopción internacional, se redujeron de forma notable y las menciones a este tipo de adopción en congresos, jornadas, investigaciones, etc. son prácticamente nulas (Maíz, 2010).

### **2.3. Posibles vías de adopción nacional**

Maíz, (2010). Para que el menor sea tutelado por la administración se pueden dar las siguientes circunstancias:

➤ Que la madre biológica renuncie al recién nacido en el centro hospitalario. En estos casos, se trata de fomentar el acogimiento denominado “de emergencia”, y en los casos que no es posible el menor acudirá a un centro.

➤ Situaciones en las que los padres o madres desean renunciar a la patria potestad del niño o niña. Estas situaciones se producen, generalmente, a causa de problemas de salud física y/o psicológica, edad, etc. En algunos de los casos la institucionalización es la medida de protección definitiva, tanto por la negativa de las familias a menores con estas características como por el propio rechazo de ellos.

➤ Separación de menores de su familia de origen por motivos de malos tratos. Se trata de niños y niñas con una intervención más o menos larga por parte de los Servicios de Protección a la Infancia y Adolescencia.

### **2.4. Desvinculo madre-recién nacido**

El estudio realizado por Leus y otros, en 2012, refleja que ante un embarazo no deseado la madre biológica puede elegir entre tres posibles opciones: la interrupción del embarazo, continuar con el embarazo y ocuparse del recién nacido o el *desvínculo*. El profesional en materia de trabajador social, que actúa ante casos de embarazos no deseados, debe informar a la madre biológica de la posibilidad de continuar con el embarazo y tras el nacimiento, dar el bebé en adopción.

Cuando una madre decide no hacerse cargo de su hijo, se suele denominar esta situación como abandono, con el sentido y valor negativo que esto implica y la marca o huella social que este hecho produce en esa mujer. Abandonar al bebé significa dejarlo expuesto a peligros para su subsistencia y sin ningún tipo de protección, por ejemplo: abandonarlo en lugares públicos o en un contenedor de basura. Por el contrario, manifestar el deseo de *desvincularse*

del recién nacido en un hospital supone que esta entidad ponga en marcha las medidas protectoras que sean precisas para la protección y atención de los derechos del menor. Este es el motivo por el que en centros hospitalarios se hablara de *desvínculo*, entre la madre de origen y el recién nacido, y no de abandono.

El término *desvínculo* no aparece recogido en la Real Academia Española de la Lengua en su vigésima segunda edición.

## **2.5. Efectos de la adopción nacional**

García enumera las siguientes consecuencias de la adopción nacional (2005):

1. Los hijos adoptivos disponen de idénticos derechos a los de los hijos biológicos.
2. Extinción de los lazos con la familia de origen.
3. En el orden sucesorio, el hijo adoptivo es beneficiario legítimo de sus padres adoptivos. La excepción se produce cuando uno de los miembros de la pareja adopta al hijo de su cónyuge, aunque este haya fallecido.
4. El adoptado por un único adoptante tendrá sus mismos apellidos y en igual orden.
5. Se crea un conjunto de derechos y obligaciones entre el padre y madre con el hijo, lo que se conoce como sistema de relaciones paterno-filiales. Constituyen un derecho para el hijo y un deber para el padre y/o madre, y viceversa.

## **2.6. La familia**

La familia se considera un sistema social básico, así como un agente de socialización. En las últimas décadas, en España, se ha pasado de un modelo de familia tradicional a múltiples modelos familiares más complejos. De modo que existen:

1. La familia patriarcal: una pareja de esposos que convive con toda su descendencia (hijos, nietos...).
2. Una pareja de casados sin hijos.

- 3.** La familia nuclear: pareja casada e hijos.
- 4.** Un hombre o una mujer con sus hijos adoptados.
- 5.** Una pareja de compañeros del mismo sexo que conviven.
- 6.** Un matrimonio que vive con sus hijos comunes y con los hijos extraconyugales o de anteriores nupcias.
- 7.** Una unión heterosexual no casada con o sin hijos comunes.
- 8.** Una pareja homosexual con hijos biológicos no comunes o con hijos comunes adoptados.
- 9.** Un grupo familiar derivado de la tutela.
- 10.** Relaciones de convivencia de ayuda mutua destinadas a personas de edad (Santamaría y Loizaga, 2010).

De entre los diversos factores que pueden explicar los nuevos modelos de convivencia familiar, Adroher (2003) cita los siguientes: demora en la edad de las uniones, el retraso en el abandono del hogar parental, la baja tasa de natalidad y retraso temporal en el nacimiento del primer hijo, el aumento de los niveles de infertilidad, la crisis económica y los modelos culturales, la incorporación de la mujer al mundo laboral y la impregnación de otros modelos familiares, fundamentalmente a través de las migraciones.

En relación a los adoptantes, pese a la diversidad y la imposibilidad de generalizar, puede establecerse de modo aproximado el perfil más frecuente; la mayoría son parejas, aunque cada vez es más común el aumento de la monoparentalidad en adopción. Según datos estadísticos, representan el 15% del total de adopciones y en una de cada veinte el adoptante es un hombre. Los adoptantes españoles suelen tener entre 35 y 44 años, con una convivencia estable y un nivel de ingresos y estudios medio. En las tres cuartas partes el motivo de la adopción es la infertilidad de los adoptantes, han tratado de formar una familia biológica sin éxito. También se suman al proceso de adopción, gracias al cambio legislativo de 2005, las parejas de personas del mismo sexo. La edad de los adoptantes suele ser en diez años superior a los padres biológicos. Alrededor del 75% de los casos la familia está compuesta exclusivamente por hijos adoptados y en un 25% disponen también de hijos



biológicos. En un 20% de los casos adoptan a más de un menor y en el 80% restante únicamente a uno (González, 2008).

Hoy en día, el adoptado cuenta con más información sobre su familia biológica. La familia de origen, sobre todo en adopciones de tipo nacional, es un aspecto que se debe de tener en cuenta dentro del proceso adoptivo por la importancia que supone para el menor. Diversos estudios establecen que el conocimiento de la familia biológica por parte del menor favorece que acepte su pasado.

## **2.7. Motivos de elección de la adopción internacional**

En base a Palacios (2009) y García (2005), las causas por las que ha disminuido la adopción nacional y los adoptantes españoles se decantan por el proceso internacional son:

- España cuenta con una baja tasa de natalidad y un aumento de las situaciones de acogimiento familiar. También se ha producido un descenso del número de menores en situación de desamparo.
- El temor que genera en los adoptantes las complicaciones jurídicas que acarrea la adopción nacional. Por ejemplo: las decisiones judiciales que suspenden acogimientos preadoptivos tras años de convivencia, se trata de casos minoritarios pero que adquieren fama a través de los medios de comunicación. La adopción internacional se presenta más resguardada ante estas situaciones, pues es menos posible que aparezcan los padres biológicos para solicitar el regreso con ellos del menor y si ocurriese, es muy poco factible que afecte a una adopción ya establecida. En muchos casos de adopción transcurren varios años desde que da comienzo el acogimiento hasta que llega el auto de adopción, es decir, los aspectos judiciales en la adopción nacional se demoran en el tiempo.
- La adopción nacional, en muchos casos, se realiza para menores con cierta edad, que quieren ser adoptados junto a su hermano/a, padecen ciertas patologías o en los que se dan todas las características mencionadas. La gran mayoría de adoptantes están interesados en que las particulares del adoptado, en lo que respeta a edad y ausencia de enfermedades, sean lo más parecidas

posibles a la filiación biológica. Este motivo hace que los adoptantes sitúen este proceso adoptivo en otros países, con la finalidad de que el adoptado tenga la menor edad posible y carezca problemas de salud.

➤ La actuación de la administración centrada en la atención a la demanda y en la realización de trámites internacionales, en lugar de dedicar esfuerzos a tratar de disminuir las altas cifras de acogimiento residencial español.

## **2.8. Trabajo social y adopción**

En la Ley 21/1987 de Enjuiciamiento Civil desaparece toda mención a entidades benéficas, dando paso a las instituciones públicas y privadas quienes se encargaran del acogimiento familiar, la guarda y la iniciación del expediente de adopción. De este modo se da paso a la intervención profesional en materia de adopción, en cuya actuación tomara parte el trabajador social, dentro de los denominados equipos pluridisciplinares, junto a otros profesionales.

Un hecho importante en la historia del trabajo social es su reconocimiento dentro del Código Civil en materia de adopción. Esta situación se refuerza al considerarse obligatorio, en la Ley 21/1987 de 11 de noviembre, el hecho de presentar un informe social en los procesos judiciales que conciernen a la adopción. En la propuesta de adopción realizada por la entidad pública para el Juez, deberá incluirse las condiciones familiares, sociales, personales y económicas del adoptante/adoptantes. Así como, las relaciones con el adoptando. En los casos que no es precisa propuesta previa realizada por la entidad pública se requieren los informes. En desarrollos normativos consecutivos a este se aclaró que los informes a los que hace referencia la citada Ley de Enjuiciamiento Civil encajan y se ajustan al informe social que realiza el trabajador social. Este documento es un instrumento que exclusivamente puede ser firmado por el trabajador social, son obtenidos de las historias sociales a través de entrevistas detalladas realizadas por el profesional en materia de trabajo social (Gómez, 1988).

Cito textualmente a Francisco Gómez (1988, p. 218) en su artículo "El Trabajo Social en la adopción":

*El Trabajador Social va a mediar entre las necesidades sociales del menor y de las familias relacionadas con él o con expectativas de estarlo y las necesidades de la institución organizada de forma burocrática.*

## **2.9. Estadísticas**

Lo que se pretende analizar en este apartado del estudio son las diferentes medidas de protección a la infancia que se pueden establecer ante un caso de renuncia de la madre biológica al recién nacido y en particular, la adopción.

Siguiendo a Melián (2005), establece que tanto en España como en el resto de países europeos ha descendido el número de menores en situación de adopción, debido a los siguientes motivos:

- El aborto.
- Empleo de métodos anticonceptivos.
- Descenso de los recién nacidos abandonados.
- Disminución de las tasas de natalidad.
- Desarrollo de políticas de apoyo a las familias con dificultades.
- Transformación en el derecho de la familia.

En base al boletín número 13 de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, elaborado por la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia en 2012, se ofrece un resumen centrado en la Comunidad Autónoma de Aragón y en las tasas nacionales que aborda la situación de la población infantil. Así como, la evolución de las medidas adoptadas. Los datos van desde el año 1996 al 2010. Un aspecto a tener en cuenta antes del estudio de los datos es que a cada niño se le abre un único expediente, aunque se le pueden aplicar varias medidas.

### Altas en medidas de protección a la infancia. 2002 a 2010

La tabla no muestra el número de menores a los que se imponen medidas, sino el número de medidas adoptadas en el periodo de un año. Un dato a tener

en cuenta es que el establecimiento de la tutela lleva implícita la aplicación de la guarda.

Tabla 1: Seguimiento anual de altas en medidas de protección adoptadas.

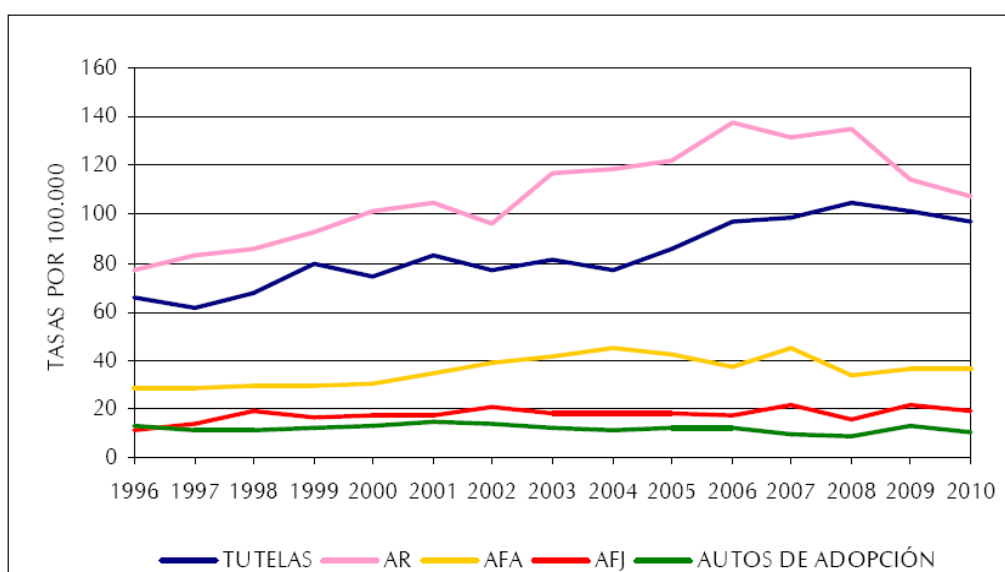
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tutelas	Abs.	5.722	5.973	5.784	6.510	7.508	7.792	8.381	8.215	7.918
	Tasa	77,3	81,0	76,6	85,2	97,1	99,0	104,4	101,0	96,5
Acogimiento residencial	Abs.	7.020	8.703	8.958	9.285	10.621	10.294	10.815	9.014	8.772
	Tasa	95,9	116,4	118,6	121,9	137,7	131,1	135,0	114,0	107,2
Acogimiento familiar administrativo	Abs.	2.896	3.113	3.306	3.269	2.364	3.437	2.224	2.958	2.942
	Tasa	39,1	41,6	45,0	42,8	37,2	44,7	33,5	36,4	35,9
Acogimiento familiar judicial	Abs.	1.265	1.024	1.041	1.114	1.035	1.374	1.022	1.258	997
	Tasa	20,6	18,2	17,9	18,3	16,9	22,0	15,5	21,9	18,6
Autos de adopción	Abs.	1.028	896	828	691	916	740	672	883	793
	Tasa	14,2	12,2	11,6	11,8	12,4	9,9	9,0	12,9	10,2

Tasas por cada 100.000 niños.

Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 18.

Las tutelas y acogimientos residenciales descienden. En cambio, el resto de valores, acogimiento familiar administrativo, acogimiento familiar judicial y adopción, continúan estables.

Gráfico 3: Seguimiento anual de altas en medidas de protección adoptadas.



Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 18.

Distribución de medidas a nivel estatal. En función del sexo, edad y nacionalidad del menor y tipo de familia de acogida

Tabla 2: Distribución de medidas a nivel estatal. En función del sexo, edad y nacionalidad del menor y tipo de familia de acogida

			Varones								Mujeres								
			Edad				Menor		Familia		Edad				Menor		Familia		
			0-5	6-15	16-18	Total	Nac.	Extr.	Ext.	Aje.	0-5	6-15	16-18	Total	Nac.	Extr.	Ext.	Aje.	
Acogimiento	Residencial	Tutela	(2) 893	(2) 3487	(2) 2276	(2) 6656	(2) 3667	(2) 2105			(2) 589	(2) 2209	1.000	3.798	2.605	(2) 659			
		Guarda (2)	112	537	420	1.068	637	326			70	385	247	700	470	188			
	Familiar	Adminis- trativo	Tutela (2)	972	2.584	728	4.758	1.943	187	2.114	573	887	2.576	651	4.547	2.041	178	2.231	725
			Guarda	204	(2) 613	(2) 187	1.344	785	(2) 119	846	(2) 72	(2) 185	(2) 682	(2) 137	(2) 1339	(2) 822	(2) 109	(2) 868	(2) 66
		Judicial (2)		528	1.576	350	2.454	1.911	141	1.406	772	543	1.539	334	2.416	2.008	127	1.411	875
	Total (3)			1.918	(2) 5905	(2) 2671	11.690	6.211	(2) 1673			(2) 1753	(2) 5242	1.556	9.594	5.790	(2) 755		
Adopción Nacional (1)				237	127	(4) 12	(4) 417	213	(4) 47			226	(4) 111	(4) 4	(4) 370	197	(4) 37		

(\*) Sin datos de Ibiza en ningún apartado.

(1) Sin datos de Menorca, Formentera ni Álava; (2) Sin datos de Formentera; (3) Sin datos de Vizcaya; (4) Sin datos de Guipúzcoa.

Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 20.

En resumen, se establece un predominio del sexo masculino en los acogimientos residenciales, sobre todo en mayores de quince años. La adopción nacional es mayor en menores de cinco años y los acogimientos en mayores de seis años. En general, los acogimientos se producen en familia extensa.

Una aclaración previa es que las "altas" son las medidas impuestas a lo largo de los años. En cambio, los "totales" hacen referencia al número de medidas ejecutadas el último día de cada año.

Desde el año 1996 se puede confirmar un aumento en el número de tutelas, tanto en las altas como en los totales, que a partir de 2007 dio paso a un leve descenso. En el acogimiento familiar administrativo el número de totales aumenta desde 1996 y a partir de 2006 comienzan a darse pequeñas variaciones. Las altas son estables. Los acogimientos familiares judiciales muestran un acusado descenso desde 2007. Respecto a las altas ocurre lo mismo que en el acogimiento familiar administrativo. La progresión en los totales de acogimientos residenciales permanece sin variaciones, comienza a descender a partir de 2008. Respecto a las altas han aumentado, aunque desde 2008 ocurre lo mismo que con los totales. Los autos de adopción también reflejan equilibrio.

Tutela ex lege

Aragón, junto con Navarra, es de las Comunidades Autónomas con menor tasa en esta medida de protección, situándose por debajo de la media nacional.

Tabla 4: Tutela “Ex lege” en función de la Comunidad Autónoma.

	ALTAS		TOTALES	
	Nº	Tasa por 100.000	Nº	Tasa por 100.000
Andalucía	1.229	75,5	6.149	377,8
Aragón	211	99,0	381	178,8
Asturias	139	103,1	565	418,9
Baleares (1)	(2) 138	(2) 77,4	621	344,9
Canarias	279	72,4	1.304	338,4
Cantabria	25	28,0	194	217,5
Castilla y León	285	79,2	914	254,1
Castilla-La Mancha	231	62,3	1.103	297,4
Cataluña	2.078	154,9	7.976	594,4
C. Valenciana	919	101,6	2.873	317,6
Extremadura	115	59,7	549	284,9
Galicia	297	77,2	1.432	372,2
Madrid	846	71,6	3.380	286,1
Región de Murcia	356	117,0	1.264	415,4
Comunidad Foral de Navarra	44	39,6	196	176,3
País Vasco	515	154,5	1.261	378,4
La Rioja	61	114,4	118	221,3
Ceuta	57	322,9	198	1.121,7
Melilla	93	488,8	136	714,8
<b>Total</b>	<b>7.918</b>	<b>96,5</b>	<b>30.614</b>	<b>373,2</b>

Tasas por cada 100.000 niños. (1) Sin datos de Ibiza. (2) Sin datos de Formentera.

Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 27.

## Acogimiento residencial

Tabla 5: Acogimiento residencial en función de las Comunidades Autónomas.

	ALTAS		TOTALES	
	Nº	Tasa por 100.000	Nº	Tasa por 100.000
Andalucía	1.896	116,5	2.553	156,9
Aragón	432	202,8	254	119,2
Asturias	112	83,0	414	307,0
Baleares (1)	(2) 261	(2) 146,5	334	185,5
Canarias	276	71,6	943	244,7
Cantabria	234	262,3	170	190,6
Castilla y León	512	142,3	443	123,2
Castilla-La Mancha	197	53,1	501	135,1
Cataluña	792	59,0	2.673	199,2
C. Valenciana	1.292	142,8	1.265	139,8
Extremadura	207	107,4	368	191,0
Galicia	451	117,2	707	183,7
Madrid	718	60,8	1.729	146,3
Región de Murcia	407	133,8	271	89,1
Comunidad Foral de Navarra	63	56,7	SD	—
País Vasco	814	244,3	1.198	359,5
La Rioja	108	202,6	82	153,8
Ceuta	SD	—	183	1.036,7
Melilla	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8.772</b>	<b>107,2</b>	<b>14.088</b>	<b>174,1</b>

Tasas por cada 100.000 niños. (1) Sin datos para Ibiza. (2) Sin datos para Formentera.

Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 28.

La tasa nacional de acogimiento residencial es de 174,1 niños por cada cien mil. Aragón se sitúa por debajo, con un valor de 119,2 por cada cien mil.

### Acogimiento familiar administrativo

Tabla 6: Acogimiento familiar administrativo en función de las Comunidades Autónomas.

	ALTAS		TOTALES	
	Nº	Tasa por 100.000	Nº	Tasa por 100.000
Andalucía	440	27,0	1.901	116,8
Aragón	23	10,8	114	53,5
Asturias	57	42,3	355	263,2
Baleares (1)	85	47,6	385	213,8
Canarias	91	23,6	1.112	288,6
Cantabria	25	28,0	94	105,4
Castilla y León	115	32,0	271	75,3
Castilla-La Mancha	140	37,7	343	92,5
Cataluña	911	67,9	4.330	322,7
C. Valenciana	413	45,7	1.903	210,4
Extremadura	55	28,5	409	212,2
Galicia	197	51,2	1.582	411,2
Madrid	133	11,3	1.055	89,3
Región de Murcia	93	30,6	572	188,0
Comunidad Foral de Navarra	22	19,8	149	134,0
País Vasco	83	24,9	312	93,6
La Rioja	27	50,6	75	140,7
Ceuta	14	79,3	64	362,6
Melilla	18	94,6	74	388,9
<b>Total</b>	<b>2.942</b>	<b>35,9</b>	<b>15.100</b>	<b>184,1</b>

Tasas por cada 100.000 niños. (1) Sin datos de Ibiza.

Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 29.

184 niños por cada cien mil es la tasa nacional de acogimiento familiar administrativo. Varía desde 53 niños por cada cien mil, es el valor más bajo correspondiente a Aragón, a los 411 niños por cada cien mil en Galicia.

### Resoluciones de acogimiento familiar judicial

La tasa nacional se sitúa en 98 niños por cada cien mil. Aragón se encuentra por debajo de la media con un valor de 45,1.

Tabla 7: Resoluciones de acogimiento familiar administrativo en función de las Comunidades Autónomas.

	NUEVAS		TOTAL ACTIVAS	
	Nº	Tasa por 100.000	Nº	Tasa por 100.000
Andalucía	332	20,4	1.570	96,5
Aragón	28	13,1	96	45,1
Asturias	137	101,6	418	309,9
Baleares (1)	(2) 10	(2) 57,3	100	56,1
Canarias	18	4,7	245	63,6
Cantabria	27	30,3	78	87,4
Castilla y León	121	33,6	120	33,4
Castilla-La Mancha	73	19,7	373	100,6
Cataluña	SD	---	SD	---
C. Valenciana	SD	---	SD	---
Extremadura	6	3,1	21	10,9
Galicia	SD	---	SD	---
Madrid	81	6,9	1.556	131,7
Región de Murcia	67	22,0	346	113,7
Comunidad Foral de Navarra	14	12,6	93	83,7
País Vasco (3)	54	19,0	289	101,6
La Rioja	18	33,8	56	105,0
Ceuta	6	34,0	17	96,3
Melilla	5	26,3	3	15,8
<b>Total</b>	<b>997</b>	<b>18,6</b>	<b>5.381</b>	<b>97,4</b>

Tasas por cada 100.000 niños.

(1) Sin datos de Ibiza ni Formentera. (2) Sin datos de Mallorca. (3) Sin datos de Álava.

Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 30.

## Adopción nacional

En lo que respecta a la adopción nacional existen datos de tres variables: solicitudes, propuestas y autos de adopción. Los autos de adopción, al igual que el resto de las tasas que menciona este documento, se calculan sobre niños. En cambio, solicitudes y propuestas se miden en función del número de hogares.

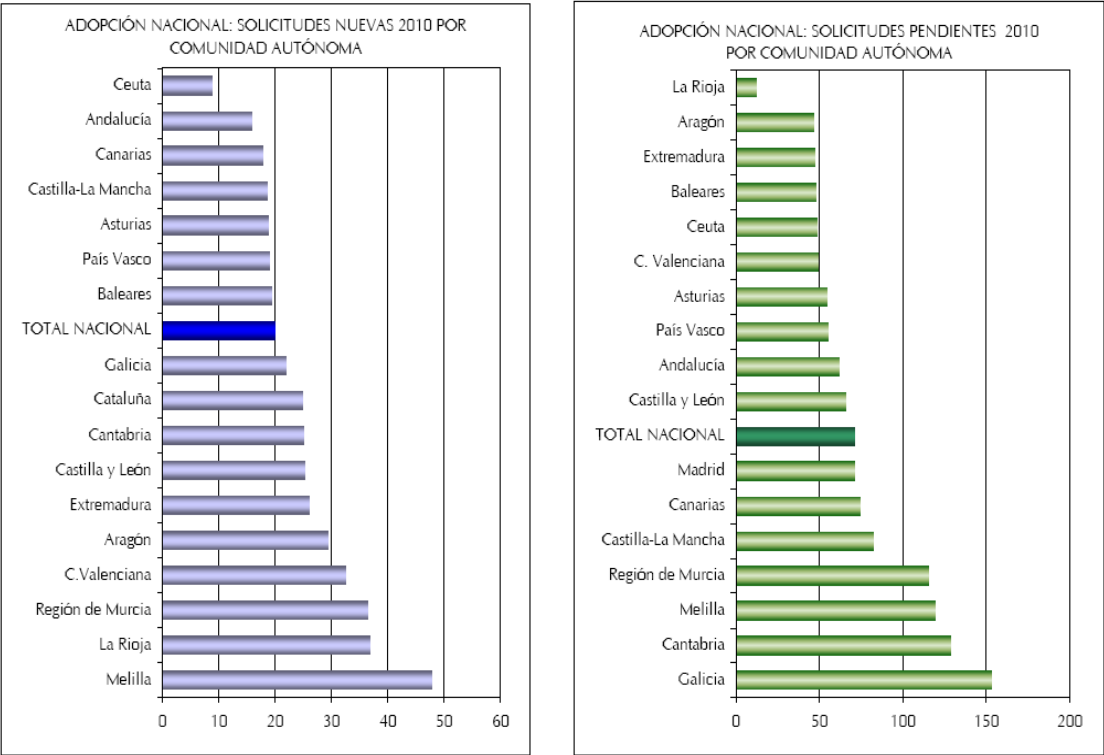
La media de solicitudes pendientes de resolución ha aumentado respecto al año 2009. Aragón está por debajo, con un valor de 46 solicitudes pendientes por cada cien mil hogares, siendo la media nacional de 71.

Gráfico 4: Solicitudes de adopción nacional por Comunidades Autónomas.

Los valores de Aragón respecto a las propuestas de adopción son muy cercanos a la media nacional. Las nuevas propuestas tienen un valor de 5,5 por cada cien mil respecto a 5,2 que es la media nacional. El número de propuestas que han sido presentadas por la entidad pública al Juez y a finales

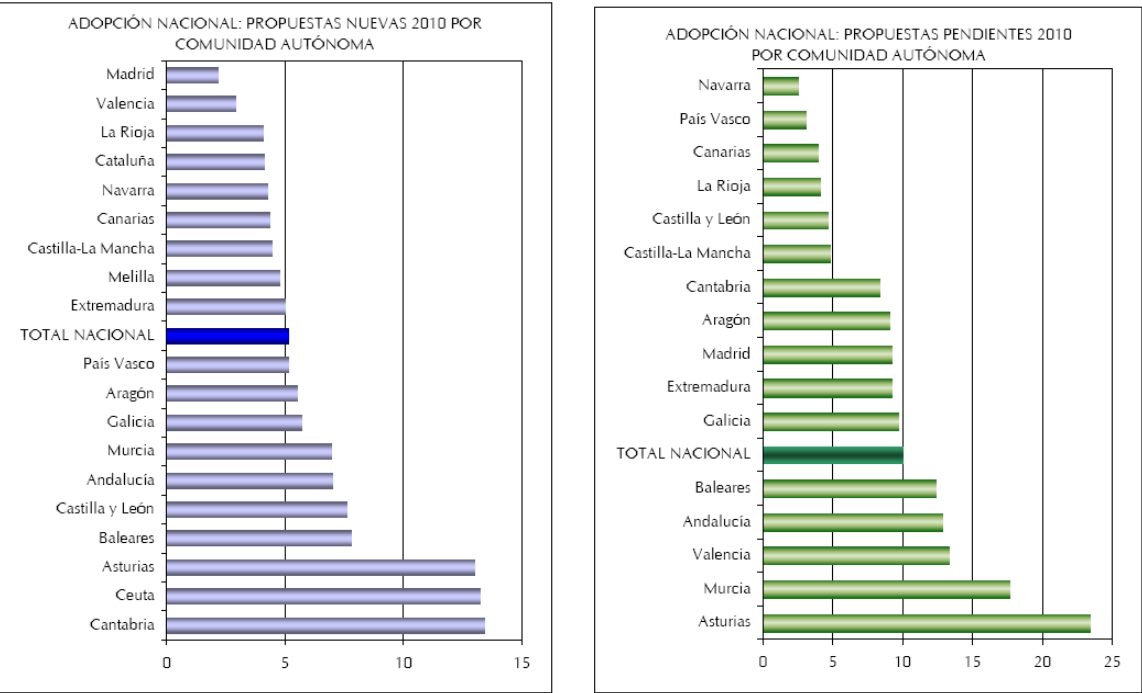


de 2010 no han sido resultas es de 10 por cada cien mil hogares. En Aragón suponen 9 por cada cien mil hogares.



Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 34.

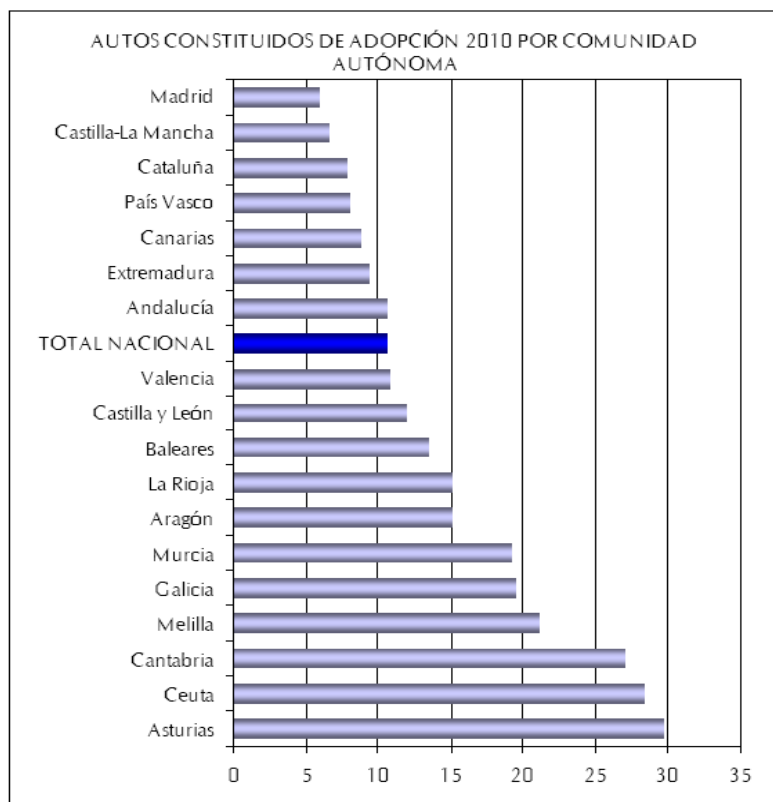
Gráfico 5: Solicitudes de adopción nacional por Comunidades Autónomas.



Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 35.

La tasa nacional de autos de adopción es 10 niños por cada cien mil. Únicamente un 0,1% de los autos fueron denegados. Aragón tiene un valor superior a la tasa nacional con 15 niños por cada cien mil.

Gráfico 6: Autos de adopción nacional por Comunidades Autónomas.



Fuente: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2010, p. 36.

### Adopción internacional

Desde el año 2006 y continuando en el 2010, a nivel nacional, existe una disminución tanto del número de solicitudes de adopción internacional como de emisión de informes psicosociales. Las cifras de 2010 reflejan que salvo en América Latina, donde ha aumentado ligeramente el número de adopciones, en el resto de continentes se ha producido un descenso. El continente que lidera este tipo de adopciones es Europa Oriental y el primer país de origen que eligen las familias adoptantes es Rusia, seguido de Etiopía. Cabe recalcar para el año 2010 el acusado descenso que se produce en China y el aumento en

Bulgaria, Etiopia, Colombia y Ucrania. Respecto a la Comunidad Autónoma de Aragón cabe mencionar que se encuentra por debajo de la media nacional, tanto en el número de solicitudes pendientes como en la tasa de nuevas solicitudes (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2011).

### **2.10. Proceso de adopción**

Antes de iniciar el proceso de adopción el menor debe ser declarado en situación de desamparo, la cual puede producirse por múltiples causas. La situación de desamparo lleva consigo que la Administración asuma la tutela del menor, la denominada "tutela ex lege". Para la declaración de desamparo se requiere o precisa que exista ausencia de los deberes de protección por parte de los padres o tutores y que de este modo, se ocasione la desatención del menor. La legislación denomina esta situación como imposibilidad de los padres o tutores de cumplir con las obligaciones que conciernen a la patria potestad (González y Grande, 2004).

García, (2005) establece en su análisis dos posibles vías para la adopción nacional:

- Cuando la familia biológica no toma la decisión de dar al menor en adopción. No entraré en detalle en este apartado puesto que el estudio no aborda este aspecto.
- Cuando la familia biológica decide dar en adopción al menor. Este hecho suele producirse con recién nacidos. En circunstancias especiales tiene lugar cuando el menor tiene cierta edad, pero es muy raro que se produzca de forma voluntaria. Una vez que existe ratificación de renuncia, por parte de los familiares biológicos, al bebé recién nacido se continúa con el proceso adoptivo. Es decir, la legislación garantiza que la familia biológica dispone de un periodo de tiempo en el que puede deshacer la decisión tomada.

En base a las páginas web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y del Gobierno de Aragón en el apartado relativo a adopción, la página web de adopción y a González (2008) se define a continuación el proceso de adopción.

Los órganos a los que concierne tramitar el expediente de adopción son los Servicios de Protección de Menores de las Comunidades Autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla. En base a este dato, para dar comienzo al expediente de adopción nacional, el solicitante o la familia adoptante debe cumplimentar la solicitud de adopción y presentarla en el Servicio de Protección de Menores de su correspondiente Comunidad Autónoma, junto con otros documentos básicos. Tras esto, se pasa a una lista de espera para poder ser evaluados. La valoración psico-social de los adoptantes y su capacidad para adoptar es evaluada por un equipo multidisciplinar, a través de: entrevistas, visitas domiciliarias y la documentación presentada. El equipo es el encargado de determinar la competencia de adoptar y la idoneidad del/los solicitantes para el ejercicio de la patria potestad. La Entidad Pública decide cuál es el/los solicitantes que considera idóneos para los menores que están en situación de adopción. No se precisa propuesta de la Entidad Pública en los siguientes casos:

- Cuando el adoptado es huérfano y pariente del adoptante en tercer grado, por afinidad o consanguineidad.
- Si el adoptado es hijo del cónyuge del adoptante.
- Si durante más de un año se ha estado bajo las medidas de tutela o acogimiento preadoptivo.
- Cuando el adoptado es mayor de edad o menor emancipado.

Tras la selección de la familia más adecuada, siempre dentro del listado de aquellas declaradas como idóneas, se les informa de la existencia de un menor en adopción con todas sus características y particularidades de tipo sanitario y personal. En el caso de los bebés no suele establecerse un periodo de adaptación previo a la propuesta de adopción y cuando se asigna un recién nacido, al adoptante o los adoptantes, se formaliza el acogimiento familiar preadoptivo (administrativo o judicial). La entidad pública es la encargada de proponer la solicitud de adopción al órgano judicial que se acompañara de los informes de idoneidad. El juez tras la valoración de la documentación presentada y el informe del fiscal emite el auto de adopción. Con la resolución del juez concediendo la adopción se crea entre adoptante y adoptado un

vínculo de filiación idéntica a la biológica y se extinguen los vínculos jurídicos entre el adoptado y su familia de origen.

A partir de este momento, se podrán modificar los apellidos del adoptado en el Registro Civil. Según recoge la normativa española, una vez que la familia adopta al menor, los órganos competentes deben realizar un seguimiento semestral.

El procedimiento judicial en adopción nacional es el mismo para toda España y se encuentra regulado por el Código Civil. En cambio, cada Comunidad Autónoma tiene poder para regular de forma particular el procedimiento administrativo, previo al judicial.

#### Aspectos que conciernen a la adopción en la Comunidad Autónoma de Aragón

En lo relativo a la solicitud de adopción en la Comunidad Autónoma de Aragón los pasos a seguir son los siguientes:

- En primer lugar, acudir a una reunión informativa que se solicitará en el Servicio Provincial de Bienestar Social y Trabajo. En ella, se analizan los trámites y características de la adopción.
- En segundo lugar, cumplimentar una solicitud de acogimiento preadoptivo. (Véase anexo I).
- En tercer lugar, los adoptantes deben de rellenar el cuestionario preadoptivo. (Véase anexo II).
- Y por último, presentar la documentación en la Dirección Provincial del IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales) o en cualquier Registro Oficial. Deberá figurar:

- Certificado de asistencia a la sesión informativa previa.
- La solicitud de acogimiento preadoptivo.
- El cuestionario de acogimiento preadoptivo correctamente rellenado.
- Fotocopia del documento nacional de identidad de los solicitantes.
- Fotocopia del libro de familia.
- Dos fotografías tamaño carnet de solicitante/s.

- Compromiso escrito de comunicar modificaciones sustanciales de circunstancias personales y familiares. (Véase anexo III).
- Fotocopia compulsada de la cartilla de la Seguridad Social o Mutua y documento que acredite la cobertura sanitaria.
- Certificado de empadronamiento.

De igual modo que aparece en los requisitos a nivel nacional, también son necesarios:

- Certificado médico sobre el estado de salud física y mental de los solicitantes. En caso de que existe alguna patología debe quedar reflejada.
- Certificado de antecedentes penales.
- Certificado de inscripción de nacimiento del solicitante/s en el registro Civil. En el caso de Aragón se presentan dos.
- Partidas literales de matrimonio o certificado de inscripción como pareja de hecho. En el caso de Aragón se presentan dos.
- Certificado de ingresos económicos.

La tramitación y procedimiento aparece en el apartado de legislación, concretamente en el Decreto 188/2005, por el que se aprueba el Reglamento del procedimiento administrativo previo a la adopción nacional e internacional de menores.

El órgano responsable de la adopción nacional y el acogimiento familiar preadoptivo, en la Comunidad Autónoma de Aragón, es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Mientras que el Consejo Aragonés de Adopción se encarga de acordar los acogimientos preadoptivos y formular propuestas previas a la adopción.

### **2.11. Requisitos del proceso adoptivo**

A nivel nacional, para solicitar y llevar a cabo el proceso de adopción es necesario que los adoptantes cumplan con los siguientes requerimientos:

- Presentar la solicitud en el registro de adopciones.

- Declaración de idoneidad por la Entidad Pública competente para el ejercicio de la patria potestad.
- La edad de los adoptantes debe ser superior a los veinticinco años. En el caso de que la adopción la realice una pareja o matrimonio es suficiente con que uno de ellos haya alcanzado esta edad.
- El adoptante debe de ser, por lo menos, catorce años mayor que el adoptado. La diferencia máxima entre adoptante y adoptado no debe superar los cuarenta años. En el caso que el adoptante sea una pareja se tiene en cuenta la media de su edad.
- Disponer de requisitos psico-pedagógicos y socio-económicos, que como poco sean las siguientes:
  - Que el medio familiar cuente con condiciones adecuadas para la atención del menor en lo relativo a su salud física y psíquica. Es decir, una vivienda habitable, adecuada situación socio-económica y disponibilidad de un tiempo para su educación.
  - En cónyuges o parejas que convivan de hecho es preciso que la relación sea estable y positiva. Se valora la convivencia mínima de dos años.
  - Motivaciones y actitudes adecuadas para la adopción.
  - Voluntad compartida por parte de ambos adoptantes.
  - Que dispongan de aptitud básica para la formación y enseñanza del niño.
  - Se considera desfavorable que los adoptantes determinen la adopción en función de factores físicos, de sexo o procedencia socio-familiar de los menores.
  - También será perjudicial para los solicitantes que oculten o falseen datos de interés para la valoración (Adopción.org, 2013).

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, además es preciso cumplir con los apartados que aparecen a continuación:

- No haber sido rechazada para el adoptante/s su solicitud en otra Comunidad Autónoma.
- No padecer ninguna enfermedad que impida el cuidado del menor.

- Que el adoptante este en ejercicio de los derechos civiles, no haber sido privado o estar en causa de privación de la patria potestad.

Tendrán preferencia las personas residentes en Aragón, o las que residan fuera pero conserven al vecindad civil aragonesa (Gobierno de Aragón, 2012).

En lo referente al adoptado, los criterios a cumplir son:

- Según lo establecido, sólo es posible la adopción de menores de dieciocho años que no se encuentren emancipados. Con carácter excepcional se puede realizar la adopción, de menores emancipados o mayores de dieciocho años, si antes de que el adoptado tenga catorce años se ha producido una convivencia ininterrumpida o un acogimiento.
- No es posible la adopción de descendientes o parientes en segundo grado de la línea colateral. Tanto por consanguineidad como por afinidad (González, 2008).

### **3. DESARROLLO DEL ESTUDIO**

#### **3.1. Metodología**

##### **FASE 1: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA**

###### **I. Objetivo**

- General: Obtener información e investigar en materia de adopción.
- Específicos:
  - Conocer el proceso de adopción, su marco conceptual, los requisitos, la historia y el ámbito legislativo.
  - Conocer las estadísticas a nivel nacional y de la Comunidad Autónoma.
  - Conocer y estudiar los protocolos de intervención realizados a nivel hospitalario en otras Comunidades Autónomas.

###### **II. Hipótesis**

- Escasez de referencias bibliográficas de adopción nacional en comparativa con el proceso internacional.
- Las estadísticas publicadas no llegan a cubrir el periodo reciente al que hace referencia este estudio, del año 2003 al 2012, ambos incluidos.



- Ausencia de documentos oficiales y públicos en los que se muestre la intervención, en materia de adopción hospitalaria, realizada por los trabajadores sociales.

### **III. Diseño del estudio**

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, en el que se han descrito los aspectos fundamentales de la adopción por medio de una revisión bibliográfica sistemática.

Para el desarrollo de este estudio se realizaron diversas búsquedas bibliográficas en bases de datos formales: PubMed, PsycInfo y CSIC. En primer lugar, se buscaron los artículos publicados hace diez años, redactados en castellano e inglés y relacionados con el objeto de estudio. Algunos de los múltiples términos empleados en la búsqueda fueron: "Protocol and adoption", "Protocol and social work", "Social work and adoption", "Social work and adoption and Spain", "National and adoption", "Social and sanitary and workers", "Babies and resignation" y "Babies and resignation and hospital". Al no conseguir recursos válidos para la investigación se optó por no incluir los requisitos, mencionados anteriormente, en el proceso de búsqueda. De este modo se consiguió tener acceso a dos investigaciones realizadas en España durante 1988 y 1989.

Para completar el estudio fue también preciso emplear bases de datos informales, como: DIALNET, GOOGLE académico, RECOLECTA e HISPANA. Y el análisis de revistas como "Social Work Abstract" y "Trabajo Social Sanitario".

### **IV. Resultados**

Los resultados no tuvieron el éxito esperado puesto que, en su inmensa mayoría, los artículos encontrados abordan aspectos psicológicos, educativos, de adopción internacional, relativos al asesinato de bebés o el embarazo en adolescentes, la intervención tras la adopción, el servicio de atención post adoptiva y la adopción de nuevas tecnologías en los hospitales.

En concreto, de la búsqueda denominada como formal, en el apartado referente al diseño del estudio, tan solo se obtuvieron seis artículos.

- Características clínico-sociales en las adopciones de recién nacidos en Valencia (Illa et al, 1989).
- El trabajo social en la adopción (Gómez, F. 1988).
- Evolución que ha experimentado el trabajo social ante los problemas de adopción en el hospital Materno-Infantil "La Paz" (Nadal, C y Cuevas, A. 1989).
- Nurses' Attitudes and Knowledge of Their Roles in Newborn Abandonment (Cesario, S., 2003).
- Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros (Torquato, R., Carvalho, Z., Morsch, D. Lamy, F. & Fernandez, L., 2011).

Respecto a la búsqueda informal, se escogieron los siguientes documentos:

- Adoption and the effect on children's development (Johnson, D., 2002).
- Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Boletín número 13 (Gobierno de España, 2011).
- Desvínculo. Adopción (Leus, I., 2012).
- La adopción como intervención y la intervención en adopción (Palacios, J., 2009).
- La orientación familiar y el acompañamiento en los procesos de adopción (González, T., 2008).
- Perspectives on newborn abandonment (Bradley, D., 2003).
- Protocolo de actuación en mujeres que desean dejar a su hijo en adopción (Naranjo, M., Abad A. I., Díaz, T., 2011).
- Protocolos de intervención en trabajo social hospitalario (Fernández, M<sup>a</sup>. A., Fuster, R., Illa. C., López. M., 2012).

Para completar la información que precisaba este proyecto, en materia relativa a la adopción nacional, se analizaron las siguientes publicaciones en libros de texto:

- Acogimiento y adopción (González, E., Grande, P., 2004).
  - Adopción hoy: Nuevos desafíos, nuevas estrategias (Loizaga, F., 2010).
  - FAMILIA. Cuaderno IV. Patria potestad, filiación y adopción (Lledó, F., 2011).
  - La Adopción: situación y desafíos de futuro (García, J., 2005)
- Por último, debo de mencionar las páginas web:
- Adopción.org.
  - Gobierno de Aragón.
  - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## **FASE 2: ENTREVISTAS**

Para la investigación fueron precisas dos entrevistas a profesionales, en materia de trabajo social, que se encuentran involucradas en los casos de renuncia madre biológica-recién nacido en los hospitales. Una de ellas es la trabajadora social del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales y la otra, la trabajadora social del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" encargada del servicio de ginecología y obstetricia.

### **I. Objetivo**

- General: Conocer la intervención realizada por cada una de las profesionales en ambos servicios.
- Específicos:
  - Estudiar los pasos que los profesionales realizan en su actuación.
  - Conocer las coordinaciones que es preciso llevar a cabo.
  - Conocer la documentación que precisan para realizar la intervención.

### **II. Hipótesis**

- Es preciso que los profesionales de ambas entidades, del Hospital Clínico y del Servicio de Protección a la Infancia, estén en contacto para realizar la entrega del bebé y proporcionar la información necesaria al profesional de la segunda institución.

- La labor de ambas trabajadoras sociales es imprescindible.

### **III. Diseño del estudio**

La realización de entrevistas se define como estudio descriptivo de tipo cualitativo. Se ha obtenido cuantiosa información de la que se han podido identificar los factores más relevantes del proceso.

Para concretar y poder desarrollar en profundidad este protocolo de adopción he decidido realizar únicamente dos entrevistas individuales. El motivo es que se trata de un estudio en materia de trabajo social y por ello, con conocer la actividad y las funciones que le corresponden a los trabajadores sociales de ambas instituciones, Hospital Clínico y Servicio de Protección, es suficiente para analizar la intervención que realizan en casos de renuncia madre biológica-recién nacido. Se utilizaron preguntas abiertas con la finalidad de que las profesionales se puedan explayar en lo relativo a sus actuaciones, los recursos materiales y humanos de que disponen, las tareas que les son encomendadas y la relevancia de los servicios de coordinación entre profesionales.

### **IV. Conclusiones del subestudio**

Los resúmenes de la intervención realizada por cada una de ellas aparecen en un apartado concreto de este estudio.

Por medio de las entrevistas individuales se ha obtenido la información que se precisaba sobre la intervención que realiza cada una de las profesionales. En el caso de la trabajadora social del hospital, la entrevista fue más amplia y en profundidad puesto que su labor y las actuaciones que lleva a cabo son clave en la realización de esta investigación y determinantes en el apartado de objetivos e intervención del protocolo.

## **FASE 3: ANÁLISIS DE CASOS**

### **I. Objetivo**

- General: Conocer el perfil más frecuente de las madres que renuncian al recién nacido para darlo en adopción, en los años incluidos desde 2003 a 2012.
- Específicos:
  - Establecer los ítems a analizar en base a su interés y a que aparezcan reflejados en todas las historias sociales del estudio.
  - Obtener otros datos relevantes que resulten de interés para el estudio, tales como las derivaciones de las pacientes.
  - Determinar el perfil más frecuente de forma visual, por medio de graficas, y escrita.
  - Realizar una discusión en torno a las posibles causas más frecuentes del perfil.

## **II. Hipótesis**

- Ausencia de recursos económicos como uno de los motivos principales de *desvinculo* madre-recién nacido.
- Mayor número de población extranjera que española en las situaciones de renuncia.
- Escaso número de casos de embarazo oculto.

## **III. Diseño del estudio**

El análisis de casos es considerado un estudio de tipo descriptivo, en el se ha tratado de describir el fenómeno de la renuncia de la madre biológica al recién nacido. Los datos abarcan desde el año 2003 a 2012, ambos incluidos.

Etapas I: Contacto con la trabajadora social del servicio de pediatría, quien permite que realice la búsqueda de los casos objeto de estudio en los libros de registro, donde aparece el motivo de derivación y el número de historia social. El resultado es un total de 37 historias sociales.

Etapas II: Planificación de las posibles variables del estudio.

Etapas II: Comprobación de que las variables que querían ser estudiadas aparecen en todas las historias sociales. Planteamiento de un total de 11 ítems:

- Año en que se produce la renuncia de la madre biológica al recién nacido.

- Edad de la madre biológica.
- Nacionalidad de la madre biológica.
- Existencia o no de pareja sentimental de la madre.
- Firma del documento de renuncia al menor.
- Gestación oculta.
- Control prenatal.
- Ubicación de la madre biológica en el momento del parto.
- Persona que solicita colaboración del trabajador social ante la renuncia.
- Número de embarazos previos de la madre biológica.
- Servicio en que se encuentra el menor en el momento que se solicita la colaboración de la profesional.
- Ausencia de recursos personales/ ausencia de trabajo/ ausencia de recursos económicos.

Etapa III: Anotación de los datos extraídos de cada una de las historias sociales. Tanto los ítems a valorar como otras variables que resulten de interés.

Etapa IV: Revisión de los datos. Se realizan dos repasos de los datos previamente anotados para comprobar que coinciden con la información que aparece en las historias sociales.

Etapa V: Elaboración de una tabla resumen en la que aparezcan los datos relativos a todos los casos objeto de estudio.

Etapa VI: Determinación del perfil más frecuente.

Etapa VII: Realización de graficas en las que se muestre el perfil más frecuente y que de forma visual faciliten la comprensión de los datos obtenidos.

Etapa VIII: Discusión sobre los datos obtenidos con la finalidad de tratar de explicar los motivos de la obtención de dichos resultados.

#### **IV. Resultados**

Los resultados del análisis de casos aparecen explicados en detalle en el trabajo. A continuación, aparece un resumen de los mismos.

Esta parte del estudio ha sido la más costosa de realizar pero también la que ha resultado más interesante por las conclusiones que ha arrojado. Sólo una de las hipótesis, de las planteadas al principio del estudio, la relativa a que es mayor el número de extranjeras que renuncia al menor que de españolas coincide. Respecto a que el embarazo era oculto en un pequeño número de casos, tras la investigación se ha comprobado que el desconocimiento de la gestación por las personas cercanas a la mujer hasta poco antes del parto se da en un porcentaje alto. La primera hipótesis no se puede decir que sea cierta ni falsa. Aunque la ausencia de recursos económicos indudablemente influye en la decisión de la madre biológica, por medio de la experiencia de las profesionales se ha determinado que, en un elevado número de casos, el motivo es la falta de apoyo de su entorno. Muchas de las mujeres que padecen problemas económicos deciden no renunciar al menor.

#### **FASE 4: REVISIÓN DEL MARCO LEGISLATIVO EN MATERIA DE SANIDAD Y ADOPCIÓN**

##### **I. Objetivo**

- General: Establecer el marco legislativo que afecta la realización de este estudio y por tanto al protocolo de adopción, ya que constituye un apartado concreto del mismo.

- Específicos:

- Conocer los aspectos normativos en materia de sanidad que se deben tener en cuenta a la hora de intervenir en casos de este tipo.
- Conocer los aspectos normativos en materia de adopción que resultan relevantes y determinan el proceso.

##### **II. Hipótesis**

- La revisión del marco legislativo sirve para obtener una mayor comprensión del proceso adoptivo y de los aspectos sanitarios que deben de tenerse en cuenta en la intervención profesional.
- Realizar únicamente el análisis de las leyes no es suficiente y deben abordarse también Decretos y Reglamentos.

### **III. Diseño del estudio**

Este apartado legislativo, al igual que la primera fase de la metodología, se conoce como estudio descriptivo en materia de revisión bibliográfica.

El protocolo dispone de un apartado referente a los aspectos legislativos, donde se regulan tanto el proceso de adopción como la intervención del trabajador social hospitalario con la paciente.

El análisis de la legislación se divide en dos partes, una de ellas basada en la materia de adopción y la otra en lo relativo al área sanitaria. Respecto a la primera se preciso realizar un estudio de:

- Boletín Oficial de Aragón.
  - Boletín Oficial del Estado.
  - El Código Civil (Erdozain, J.C., 2009).
  - La Constitución española y Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (VV.AA, 2009).
  - Los derechos de los niños, responsabilidad de todos (Vicente, T., Hernández, M., 2007).
- Y la página web de UNICEF.

En cuanto al ámbito sanitario se llevo a cabo un análisis de:

- Boletín Oficial de Aragón.
  - Boletín Oficial del Estado.
  - La Constitución española y Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (VV.AA, 2009).
- Y las páginas web:
- Consejo General de los trabajadores sociales.



- UNESCO.

#### **IV. Conclusiones del subestudio**

El análisis de este aspecto legislativo ha sido extenso puesto que no solo se han tenido en cuenta las leyes, también se ha revisado el Código ético de la profesión, la normativa relativa al Registro Civil y la Declaración de Derechos Humanos. Ha sido preciso hacer mención al Código deontológico de los trabajadores sociales para no dejar de lado las funciones y valores que rigen la actuación profesional. La normativa del Registro Civil ha sido incluida puesto que, en algunas de las historias sociales analizadas para esta investigación, se refleja que la inscripción del nacimiento y la defunción del bebé han sido realizadas por la trabajadora social hospitalaria. Por último, se hace mención a la Declaración de Derechos del Niño puesto que es un documento internacional en el que se mencionan explícitamente los derechos de todos los menores de edad.

La comprensión de la legislación es necesaria no sólo para conocer la normativa que atañe al proceso de adopción y regula el sistema de salud, sino también para que la intervención del trabajador social hospitalario se guíe por las leyes vigentes y teniendo como base los derechos del paciente dentro de una institución sanitaria.

#### **3.2. Entrevistas**

Intervención realizada por la trabajadora social del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

Para comenzar a describir la actividad llevada a cabo por la trabajadora social debe puntualizarse que esta puede recibir el caso por distintas vías. La diferencia fundamental se encuentra en si la derivación se realiza durante el embarazo o tras el momento del parto.

- Durante el embarazo:
  - Solicitud de colaboración de un médico de consultas externas.
  - Solicitud de colaboración de una enfermera de consultas externas.

- Trabajador social del centro de salud.
- Trabajador social de servicios sociales.
- Desde el servicio de protección de menores.
- Desde MATERNAJE (Proyecto de intervención psicosocial del Centro Municipal de Promoción de la Salud).
- En el paritorio o tras el parto:
  - Solicitud de colaboración del médico que atiende a la paciente.
  - Solicitud de colaboración de la enfermera que atiende a la paciente.
  - Trabajador social del centro de salud.
  - Trabajador social de servicios sociales.
  - Derivación desde MATERNAJE (Proyecto de intervención psicosocial del Centro Municipal de Promoción de la Salud).
  - A solicitud de la paciente.
  - A solicitud de un familiar de la paciente.

Tras la información que se pueda obtener por los profesionales sanitarios, la trabajadora social se entrevista con la paciente. Se pretende asegurar si la madre tiene clara la renuncia del bebé. Sin embargo, si no lo tiene claro se plantean posibles soluciones que no generen la renuncia. En la mayoría de los casos, las pacientes se encuentran muy afectadas emocionalmente y es difícil realizar la entrevista. De ahí, la reducida información que frecuentemente aparece en sus historias sociales.

En las entrevistas que la trabajadora social del hospital realiza con la madre se hace especial hincapié en su estado emocional, la claridad de la decisión tomada, se abordan los aspectos en relación a los recursos personales que la madre tiene o puede tener y los apoyos de su entorno, entre otros. La profesional pone en conocimiento de la madre que en la partida literal de nacimiento del bebé, pese al hecho de la futura adopción, siempre constará el nombre y apellidos de la madre biológica siguiendo la normativa aprobada en 2002. También se le informa de que el objetivo de este hecho es defender los derechos del futuro adulto que desee conocer sus antecedentes. Además, se

recalca que dispone de seis semanas para revocar su decisión de renuncia al menor.

La actuación con la paciente no se limita a la recogida de información, sino que va mucho más allá. Se le informa y orienta sobre profesionales de salud mental, de su correspondiente centro de salud, quienes pueden proporcionarle apoyo en el caso de que la renuncia del bebé le afecte psicológicamente. Se aborda las medidas contraceptivas que puede tomar para evitar embarazos no deseados y se le deriva a planificación familiar. En los casos en que se revoca la renuncia, tras el nacimiento, y hay ausencia de recursos económicos y/o personales se deriva a la paciente y el recién nacido a una casa de acogida, tal como: AINKAREN. Se trata de un recurso destinado a mujeres embarazadas o que han dado a luz y presentan dificultades socio-económicas, a través del que se les proporciona: alojamiento, alimentación, asistencia sanitaria, apoyo psicológico, etc. En las situaciones de falta de trabajo se les orienta sobre bolsas de empleo. Además, en función de la historia socio-familiar (situación de vivienda, problemática familiar, situación laboral, etc.) que presenten estas mujeres si es preciso se les derivará a los servicios sociales. Al igual que ocurre con otros pacientes, cuya problemática es diferente y son atendidas por las profesionales de la unidad de trabajo social.

Una vez que la paciente tiene claro y mantiene en firme que opta por la anulación del vínculo madre-recién nacido, esta debe firmar el documento de renuncia 24 horas después de haber dado a luz.

La trabajadora social informara a la subdirección, del Hospital Clínico Universitario, de la existencia de renuncia de una madre a su bebé. Desde subdirección se notificara el hecho al Gobierno de Aragón, concretamente al Servicio de Menores, y se enviara con el mismo el certificado de nacimiento. La remisión del documento en el que la madre firma la renuncia del menor será opcional, ya que carece de valor legal aunque es empleado de forma interna por la unidad de trabajadoras sociales. Con este documento de renuncia, la madre debe reafirmarse en la decisión tomada y pese a que el mismo tiene

carácter simbólico, se trataría de lograr que la paciente tome conciencia realista de su situación.

Se realizara coordinación diaria con el equipo asistencial para conocer el estado de salud del menor. Una vez que el médico establezca el alta será la trabajadora social del hospital quien contacte con el equipo del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia, a fin de coordinar la entrega del menor. Se facilitan los informes médicos, pautas de alimentación, citas futuras ambulatorias si fueran precisas, etc. a los profesionales del servicio que acuden a la recogida.

Aunque la historia socio familiar resulte anónima para el servicio de menores, es fundamental comunicar la residencia y origen de la madre biológica, de manera que pueda evitarse que el futuro adoptado vaya a residir en la misma localidad que su familia de origen.

En algunos de los casos analizados para este estudio, se han realizado intervenciones especiales, tales como:

- Inscripción del nacimiento, por parte de la trabajadora social del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", del menor en el registro civil de manera previa a dejar constancia, en el mismo registro, de la defunción del bebé.
- Entierro gratuito de recién nacidos que han fallecido durante la estancia, inmediata al nacimiento, en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".
- Facilitar la despedida de la madre, que así lo haya solicitado, del menor (favoreciendo el entorno, el lugar y momento, el tiempo, etc.).

(Véase anexo IV).

### Funciones y técnicas empleadas

De manera sintética y para no obviar ningún dato relevante, en este punto se hace mención a las funciones que desempeña y las técnicas que son empleadas por la trabajadora social. Las acciones llevadas a cabo por la profesional, del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", en las situaciones

de renuncia de la madre biológica al recién nacido son diversas. Entre ellas cabe destacar: a) la atención directa y personalizada a la paciente y/o familiares y amigos; b) la información, orientación y el asesoramiento; c) la colaboración con los servicios médicos y administrativos del hospital para la resolución de problemas socio-sanitarios y aportar los aspectos psicosociales que afectan a la mujer; d) las gestiones con organismos oficiales, como por ejemplo el Registro Civil, y entidades privadas como AINKAREN; e) la tramitación de documentos; f) la realización de informes sociales en los casos que fuere preciso; g) la colaboración en el traslado y citaciones del menor; y h) la coordinación con el profesional de trabajo social del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales, el trabajador social del Centro de Salud, de Servicios Sociales Municipales, Servicios Sociales Especializados y otros programas específicos.

La profesional del servicio de pediatría, durante su intervención, aplica una variedad de técnicas para la recogida de información, como:

- La observación de la paciente y de la situación en la que se encuentra para poder realizar entrevistas.
- La realización de entrevistas con la paciente y en ocasiones, también con sus familiares o amigos.
- Las consultas con otros profesionales del Hospital. Tanto trabajadores sociales, si la paciente hubiese sido atendida por alguna de las componentes de la unidad en ingresos previos, como personal sanitario, quienes puede aportar información por el contacto previo que han tenido con la mujer o sus familiares.
- Las coordinaciones con otros servicios extra hospitalarios.
- Informes sociales de derivación a otras instituciones.

- Historias sociales donde se registra la intervención realizada con la paciente, los datos de identificación y los principales aspectos de vivienda, socio-familiares, laborales, económicos, etc.
- Hojas de colaboración enviadas por la enferma o médicos que atiende a la madre. En ocasiones, la derivación se realiza simplemente por llamada telefónica.

#### Enfoque de intervención en crisis:

Como se deduce tras la explicación de la actuación de la profesional al comienzo de este apartado, la intervención que realiza la trabajadora social hospitalaria ante las situaciones de renuncia a un recién nacido se encuadra dentro del modelo de intervención en crisis. Existen diversos motivos para ello, de los que destacan tres: el objeto de atención es la persona en crisis, en estos casos la madre biológica. La segunda razón es que la renuncia de la paciente al bebé, en la mayoría de las situaciones observadas por la profesional, le sitúa ante una situación en la que confluyen múltiples emociones, entre ellas el estrés y la ansiedad que son característicos de este enfoque. Por último, otra de las propiedades del modelo de intervención en crisis es que la actuación que realiza trabajadora social hospitalaria, se caracteriza por la escasez de tiempo, desde el ingreso hospitalario porque va a producirse el nacimiento del bebé hasta el alta médica. Un ejemplo típico de la intervención en crisis es el duelo producido por la pérdida de un familiar. Este hecho, pese a que no son situaciones comparables, podría asemejarse a la renuncia de una madre a su menor, ya que supone la ruptura del vínculo y la pérdida de relaciones con él. En la mayoría de los casos que aborda este estudio la renuncia de la madre a su recién nacido no es algo deseado, sino todo lo contrario, se trata de un proceso complejo que genera un profundo sufrimiento en la madre biológica. Este es el motivo por el que la intervención de la trabajadora social trata hacer consciente a la madre de las consecuencias que provoca la decisión de renuncia al menor y asegurar la claridad y firmeza ante su idea de separación. La relación de la profesional y la paciente finaliza en el momento que esta es dada de alta del centro sanitario. Este suceso, como ya se ha mencionado,

marca el proceso de intervención debido a la escasez de tiempo. Los esfuerzos de la profesional, pese a la brevedad de la intervención, tratan de encaminarse a que la paciente supere el estado de crisis producido por la renuncia, así como otros motivos que puedan situarle en situación de desventaja (malas condiciones económicas, ausencia de empleo, problemas de vivienda, etc.). Este es el argumento por el que antes de que finalice la relación entre la trabajadora social hospitalaria y la madre biológica, siempre que la profesional lo considere preciso y beneficioso para la cliente, se asegura la continuidad asistencial con otros trabajadores sociales de servicios sociales, de centros de salud, psicólogos de centros de salud, etc.

En definitiva, la actuación de la trabajadora social, una vez que la decisión de renuncia es firme, pretende proporcionar apoyo social, emocional y facilitar los recursos que fueren precisos para que la madre biológica no se encuentre en situación de desventaja social. Así como, asegurar la protección y la cobertura de necesidades en el menor desde el momento de su nacimiento.

#### Intervención desde el Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales se encarga de proporcionar a menores y adolescentes en situación desfavorable una atención individualizada, que aporte las necesidades básicas, la convivencia en un entorno familiar adecuado y una formación que les permita su autonomía y libertad personal, así como su integración social y laboral.

La entrevista para obtener información se realizó con la trabajadora social del "Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales", Carmen Morellas. La profesional refiere que los casos de adopción que se dan desde el hospital, en general, son más sencillos, debido a dos motivos:

- La edad del niño.
- La renuncia de la madre biológica.

Las familias adoptivas prefieren adoptar un niño recién nacido y no uno de mayor edad por, entre otros motivos, los problemas que pueda traer consigo para el menor la anulación del vínculo de su familia de origen. Otro de los argumentos es que existen adopciones sin consentimiento de los padres biológicos y por ello, esto implica un problema importante para las familias adoptivas a causa de los posibles conflictos.

El proceso de adopción comienza en el hospital con el envío desde subdirección del hospital de un escrito al Servicio de Protección a la Infancia, en el que se avisa de la existencia de la renuncia de una madre a su recién nacido, junto con el certificado de nacimiento del menor cumplimentado por el facultativo que atiende el alumbramiento. Según refiere la trabajadora social del Servicio de Protección, desde el Hospital Clínico este escrito se acompaña del documento de renuncia de la madre. En otras instituciones la renuncia de la madre no se envía.

Cuando la trabajadora social del hospital informa al profesional del Servicio de Protección que el bebé va ser dado de alta se acude a buscarlo. Adquieren del hospital los informes médicos, las pautas alimentarias, y en algunos casos las citas médicas para futuras consultas ambulatorias. Las actividades a realizar tras el alta hospitalaria del menor son:

1. Inscripción del menor en el Registro Civil con los datos de la trabajadora social. A través de este certificado se da fe del nacimiento, fecha, hora, lugar y sexo del menor. La documentación que se precisa es el parte médico del alumbramiento (certificado de nacimiento) y el DNI del trabajador social. El plazo del que se dispone es hasta los 8 días siguientes de nacimiento o hasta los 30 días naturales, acreditando justa causa que constará en la inscripción. En la normativa consta que la inscripción de nacimiento del niño abandonado se hará en el registro correspondiente a aquella zona que se encuentre.
2. Se les avisa a los profesionales del Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia, para que puedan recoger la partida de nacimiento.



3. Realización de la tarjeta sanitaria (INSS). Es el documento individual que identifica al titular, en este caso el menor, como usuario del Sistema Aragonés de Salud.

El bebé se encuentra en tutela del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. El guardador puede ser un miembro de la familia de acogida o el director de la residencia, dependiendo de su ubicación en familia o institución. A continuación, se explican las dos posibles opciones:

- Que acuda a alguna de las familias ADAFA (Asociación de Acogimientos Familiares de Aragón).
- Su ingreso en la residencia "Infanta Isabel", que atiende niños con edades comprendidas entre los cero y seis años.

Siempre se trata de priorizar el acogimiento del menor en una familia, excepto si este posee alguna complicación en su estado de salud. En el caso de darse la situación anteriormente mencionada, se valoraría su acceso a residencia por el hecho de que ahí disponen de pediatras. ADAFA son familias de emergencia remuneradas, entre las que nunca podría darse una adopción. Se trata de un acogimiento familiar no preadoptivo. Debe quedar claro que el acogimiento puede cesar, pero la adopción no. Se inscribirá al menor en el registro de protección. En Aragón existe un único registro, para las tres provincias de la Comunidad Autónoma, al que tienen acceso los profesionales de toda la Comunidad por medio de un programa informático. En el caso investigado para este proyecto, no existe problema y los bebés pueden quedarse en el lugar en el que nacen. El motivo es que van a sufrir profundos cambios físicos y existe renuncia de la madre biológica. En cambio, para niños con cierta edad se investiga y decide si se quedan en esta u otra Comunidad Autónoma.

Las familias adoptivas presentaran una solicitud en la Entidad de Protección a la Infancia y Adolescencia. Los equipos de valoración formados por trabajadores sociales, psicólogos, educadores, etc. valoraran la situación de vivienda, trabajo, expectativas... de la familia por medio de entrevistas, visitas domiciliarias y diversa documentación. Tras esto, se determina conceder o

rechazar el certificado de idoneidad. Una vez otorgado pasan a una lista de acogimiento familiar preadoptivo.

Tras el primer paso, en el que el menor accede a residencia o ADAFA, desde el Servicio de Protección a la Infancia se presentara cuatro o cinco familias al Consejo Aragonés de Adopción. Este seleccionará una y se establecerá lo que se conoce como acogimiento preadoptivo. Es el inicio del acoplamiento del menor para la posterior adopción. En la entrega del menor a la familia también se proporcionarán los informes médicos y permanecerá con los datos de identificación de la madre biológica. Un técnico del servicio realizará seguimiento de la situación familiar y del proceso judicial. Es desde la Entidad de Protección a la Infancia donde se realiza la propuesta de adopción al juzgado. Tras un largo periodo de tiempo, este resuelve el auto de adopción y el menor es considerado hijo a todos los efectos. En ese momento podrán modificarse sus datos de identificación en el Registro Civil.

Desde el Servicio de Protección a la Infancia y Adolescencia, en estos casos, no se realiza ningún contacto con la familia biológica. En los casos de revocación de la renuncia del recién nacido, la familia biológica debe acudir a este servicio. En los casos que trabaja este estudio se trata de un acogimiento de tipo administrativo porque existe consentimiento.

### **3.3. Legislación**

Este apartado es uno de los puntos relevantes del estudio, constituye la cuarta fase de la metodología. Se realizó a solicitud de la profesional del Hospital Clínico, quien sugirió que en el protocolo se hiciese referencia a la legislación, tanto en materia de adopción como de sanidad. Debido a la extensión de este punto, casi la mitad de lo permitido para el trabajo fin de grado, he decidido incluirlo en anexos. (Véase anexo V).

### **3.4. Estudios sobre adopción hospitalaria**

Tras la revisión de las principales bases de datos, tanto formales como informales, PubMed, CSIC, PsycInfo, HISPANA, RECOLECTA y GOOGLE Académico y las revistas especializadas, "Social Work Abstract" y "Trabajo

Social Sanitario”, exclusivamente se han encontrado dos estudios nacionales en la base de datos correspondiente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). En esta sección de la investigación se hace mención a esos dos únicos artículos encontrados, a nivel estatal, en materia de adopción hospitalaria. Ambos fueron publicados en la revista “Pediatrika”. El primero que aparece fue realizado en un hospital de Madrid. La fecha de publicación es 1988, aunque el estudio se realizó durante ese año y anteriores, por Nadal y Cuevas. En cambio, el segundo fue realizado de manera exclusiva desde el año 1988 a 1989 en toda la Comunidad Autónoma de Valencia. Sus autores son: Illa, Álvarez, Herrera, Pérez, Genovés y Picazo.

Desde la apertura en Madrid del hospital Materno-Infantil “La Paz”, el servicio de asistencia social fue el encargado de acordar y tramitar las adopciones. Se realizó un estudio del año 1988 y anteriores, que pretendía divulgar la experiencia de los trabajadores sociales en este campo específico y si existía alguna transformación, ocasionada por la nueva legislación en materia de adopción, que pudiese repercutir en la actividad que realizaban en el hospital. El análisis se centró en dos aspectos:

- Las madres biológicas y los padres adoptantes: edad, estado civil, profesión, situación familiar, nivel socio económico y nivel cultural.
- Evolución del trabajo social en función de las diferentes normativas relativas a la adopción.

La conclusión de esta investigación puso de manifiesto los siguientes hechos. Primero, en un alto porcentaje las madres biológicas eran solteras y no deseaban la gestación. Segundo, en general se trataba de mujeres para las que no era su primer embarazo y pese al hecho de quedarse con su primer hijo, en este posterior alumbramiento decidieron darlo en adopción debido a la carga que les suponía. No se determinó que existiera relación entre el nivel socio-económico y/o cultural y la decisión de renuncia de la madre biológica a su recién nacido. Por último, se detectó un número creciente de las adopciones

acaecidas en el Hospital "La Paz" a lo largo de 1988, situación que presuponen los autores del artículo se debió al mayor control legal.

Otro estudio realizado, desde febrero de 1988 a enero de 1989, en la Comunidad Valenciana sobre cuarenta mujeres que renunciaron expresamente al menor, pretendía conocer las características que atañen a las mismas y el estado de salud del recién nacido. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en el 62, 5% de los casos la edad de la madre se encontraba entre 17 y 25 años y el 15% de 31 a 35. Respecto a su estado civil, el 67,5% eran solteras y el 22, 5% separadas. Un 27,5% eran amas de casa, otro 22,5% estudiantes y el 11,5% desempeñaban labores marginales. En cuanto al lugar de procedencia: 55% de la Comunidad Valenciana y 20% de otras provincias. Frente a un 67,5% de mujeres sin ninguna enfermedad, el 25% de las madres biológicas estaban enfermas, de las que 40% padecían sífilis, 30% eran portadoras de VIH y 5% toxicómanas. Para el 47,5% de las madres fue su primer hijo y un 45% disponían de otro u otros hijos. Un 37,5% vivió fuera de su domicilio durante el último periodo de la gestación y en el 67,5% se controló el embarazo.

En lo que respecta al recién nacido en el 67,5% de los casos el bebé estaba sano. En lo relativo a su estancia hospitalaria, en un 40% de los casos el alta se retrasó: 56,25% de 5 a 7 días, 18,75% más de dos semanas y el 12,5% más de dos meses.

Tan sólo en un 2,5% de los casos el menor acudió a una residencia infantil, en el 97,5% restante fue a familia adoptiva.

El perfil que se estableció en torno a la madre embarazada fue el de mujer de 15 a 25 años, soltera o separada, sin patología establecida, que no asumía la maternidad sola y sin medios y la encubría por temor al rechazo social y familiar. El menor, por lo general, era un recién nacido sano que abandonaba el hospital tras el alta médica y en las situaciones en que esta se posponía era debido a patologías específicas, como por ejemplo VIH+.

Tras el primer año de vigencia del Decreto 23/1988, de Protección del Menor, por el que la Generalitat asumió las competencias en lo concerniente a adopción hubo un aumento del número de casos de renuncia al recién nacido que se produjeron en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

### **Estudio a nivel internacional**

En base a la ausencia de estudios nacionales, en este apartado se reflejan las investigaciones de carácter internacional sobre el abandono y la renuncia de bebés. Debido a su representatividad y a que se aborda el perfil de la madre biológica, los factores o motivos que le influyen en la toma de una decisión de esta transcendencia, la relevancia de la intervención de profesionales ante situaciones de este tipo, las diferencias entre hijos biológicos y adoptados y la influencia de los aspectos legales se ha seleccionado un estudio realizado en Portugal y el resto en EE.UU.

El estudio titulado "Tejiendo redes de abandono" se realizó con la finalidad de analizar los sucesos que influyeron en el abandono de bebés prematuros por sus madres biológicas, tanto durante el ingreso como cuando recibieron el alta hospitalaria. El análisis tuvo lugar desde septiembre de 2007 a marzo de 2008, en el Hospital Universitario Materno Infantil de la Universidad Federal de Maranhão.

A través de la información que se obtuvo de doce madres prematuras, por medio de cuestionarios para los datos de identificación y entrevistas semi-estructuradas, se estableció como resultado que la madre había sufrido distintas formas de abandono a lo largo de su historia de vida, tales como: el abandono de la pareja, el abandono social y los abandonos familiares.

En investigaciones previas se demostró que existía un mayor número de abandonos del menor cuando se cumplía alguno de los siguientes factores:

- Ser madre adolescente.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Escaso nivel educativo.

- Ausencia de pareja.
- Inexistencia de apoyo familiar.
- Recién nacidos con malformaciones.
- Bebés prematuros con hospitalizaciones prolongadas.
- Primíparas, es decir, en los casos que se trata del primer parto para la mujer.

Este estudio determinó como particularidades sobre las madres objeto de estudio:

- Edad de la mayoría comprendida entre los 16 y 31 años.
- Sin ocupación formal.
- Escolaridad entre cinco y once años.
- Primer embarazo.
- 11 refieren haber sufrido historias de abandono en su vida.
- 4 informaron de que intentaron abortar.
- 4 fueron criadas por sus familiares, sin sus madres biológicas.

En la investigación científica se diferenció entre el abandono protegido, cuando el niño se entrega al cuidado de otros, y abandono o negligencia salvaje, cuando el niño se queda sin ninguna protección, por ejemplo tirado en un contenedor de basura. La primera situación es en la que consideran que el bebé es dado en adopción, la cual supone un factor de protección para los menores. Los autores refieren que se han determinado múltiples causas para realizar un abandono, que pueden deberse a la combinación de factores económicos y familiares. Cuando únicamente existe un motivo, no se produce abandono.

En las conclusiones del estudio se determinó que las madres que habían experimentado situaciones de abandono social, familiar o mental, durante la infancia, adolescencia, embarazo o ingreso hospitalario del bebé, tanto por parte de las redes familiares, sociales o de su pareja son más susceptibles de abandonar su recién nacido o al menos, intentarlo (Torquato, Carvalho, Morsch, Lamy, & Fernandez, 2011).

En lo que respecta a EE.UU. se hace referencia a cuatro publicaciones, las cuales se consideran de interés por los aspectos mencionados al comienzo de este apartado.

El estudio titulado “Abandono. ¿Sabrías que hacer?” fue publicado en el año 2001, por Sandra Cesario. Trata las renunciaciones de menores en EE.UU. y alarma del preocupante aumento. Las investigaciones que se han llevado a cabo en las ciudades de Estados Unidos son de tipo histórico. Las cifras que en el artículo se exponen no representan el total, ya que no tienen en cuenta el número de renunciaciones a menores que se producen en hospitales por parte de las madres biológicas. Según Whitaker (2000) en 1991, 22.000 niños fueron abandonados en los hospitales donde nacieron, las madres eran su mayoría drogadictas o estaban infectadas por VIH, el número en 1998 aumento hasta los 31.000 casos.

En el caso de China, la regulación de la planificación de la natalidad en la década de 1980 coincidió con el aumento del abandono infantil y el infanticidio. El estudio realizado por Johnson, Banghan y Liyao (1998) encuestó a 629 familias y mostraba el arrepentimiento y el dolor emocional que producía en las madres biológicas, pese a que no tenían otras alternativas.

Volviendo a EE.UU, en respuesta a las dramáticas situaciones y al aumento de casos en el año 2000 se aprobó una resolución no vinculante, que perseguía que los organismos realizasen seguimiento de los casos de abandono de recién nacidos. Este nuevo encuadre pretendía que las madres que se decantasen por el abandono de sus hijos no dejaran a los recién nacidos en la calle, sino que acudiesen a salas de emergencia. Pero esta nueva filosofía generó la oposición de distintos grupos de la población, quienes argumentaban que se enviaba un mensaje de facilidad a las mujeres en torno al abandono de sus menores o que la legalización del abandono fomentaba la irresponsabilidad. En respuesta a estos sucesos, aparecieron distintos proyectos e iniciativas promovidas por la comunidad para abordar los problemas que conciernen al abandono.

Esta investigación, también realizó una comparativa a nivel europeo, concretamente con Alemania. En este país las madres biológicas pueden depositar a sus niños en lo que se llama “camas calientes”, cuando esto sucede suena una alarma y una enfermera acude para recoger al menor. Si en el plazo de dos meses la madre no acude, el bebé será propuesto para darse en adopción.

En este artículo se recalca ante todo el papel que pueden jugar las enfermeras, tanto en la prevención como en la gestión de estos casos. Desde los servicios sociales solicitan a los profesionales sanitarios información social, la historia médica del menor al nacer e información descriptiva sobre la persona que entrega al menor al nacer para poder colocarlo en una familia adoptiva. El estudio concluye que es precisa una mayor investigación sobre las mujeres que pueden abandonar al bebé y el motivo que les lleva a ello.

El siguiente artículo analizado fue elaborado por la misma autora que el anterior, pero en este caso en el año 2003. Se refiere exclusivamente al abandono de menores en lugares seguros y fue denominado: “Las actitudes de las enfermeras y el conocimiento de sus roles en el abandono del recién nacido”. En el se analizó una muestra de enfermeras, en un estado en el que existen las denominadas “leyes de refugio seguro”, para conocer sus actitudes, el conocimiento y la percepción que poseen ante sucesos de este tipo. Esta normativa establecía la posibilidad de abandono del bebé en lugares dotados con servicios médicos, de forma que puede la vida de estos menores no deseados no se ponga en peligro.

En la investigación se expresa que el interés que suscitaron las situaciones de abandono condujo a cambios en la política de asistencia social y sanitaria, así como en la legislación que aborda el problema.

Según refiere la autora en este artículo, la situación que se conoce como renuncia al menor es aquella en que el recién nacido es propuesto para adopción. Las leyes de refugio seguro permiten dejar a los menores en lugares en los que estén a salvo. La persona que, sin identificarse, lleva a cabo este



hecho no tiene que proporcionar ningún tipo de información. Si una mujer da a su recién nacido a cualquier institución de salud y expresa el deseo de abandono, el médico es el responsable de tramitar la situación.

En 1999 Texas fue el primer estado que aprobó una "Ley de refugio seguro", la cual permite que la mujer de manera anónima renuncie al menor y además, lo haga en una ubicación considerada refugio seguro.

Se establece que los motivos que pueden conducir al abandono del bebé son múltiples, el estado hace pone de manifiesto los siguientes:

- Pobreza.
- Control de la población.
- Trastornos psicológicos e inestabilidad mental.
- Creencias religiosas.
- Edad.
- Educación.

El estudio determinó una relación recíproca entre el conocimiento de la enfermera, su actitud y la auto percepción de la situación para tratar una situación de abandono. Sin embargo, con el análisis se puso de manifiesto las actitudes negativas y la falta de conocimiento de las enfermeras, tanto sobre la situación de abandono como de las madres biológicas, lo cual repercute en que la atención no sea todo lo eficaz que debería.

Este análisis recalcó la ausencia de datos estadísticos, documentos que aborden el tema del abandono, características sobre las mujeres en riesgo de abandonar al recién nacido y un perfil sobre estas madres biológicas. También insiste en el papel clave que juega el personal de enfermería ante situaciones de abandono de bebés.

En "Perspectivas sobre el abandono de recién nacidos", también realizado en EE.UU., se pretendía realizar un programa de atención de emergencia para salvaguardar la vida de los recién nacidos y comprender los aspectos legislativos relativos al abandono según el estado en el que se produzca. Para

ello, se perseguía identificar las cuestiones socioeconómicas y los hechos comunes que afectan a las personas que abandonan recién nacidos.

No existen datos disponibles acerca del número de menores abandonados en EE.UU. Un informe realizado en 1998 determinó que se habían abandonado un total de 108 niños, de los cuales 33 fallecieron. Esta investigación expresa que el homicidio o infanticidio puede ocurrir en lugar del abandono. En otro artículo publicado en *The New Journal of Medicine*, se detectó que el infanticidio era más común en:

- Madres de 15 años o jóvenes.
- Con menos de 12 años de educación.
- Sin cuidado prenatal.

En las revisiones de casos se han establecido elementos comunes entre las madres biológicas que abandonan a los bebés. Lo común es que la madre perciba que se encuentra sola y que no dispone de apoyo social para efectuar las responsabilidades que conlleva la maternidad. Comúnmente esta soledad se centra en la ausencia de la figura masculina. En muchos casos el abandono se produce en los segundos embarazos o más tarde.

Al igual que se ha mencionado en el artículo anterior, se hace referencia a los refugios, ubicaciones tales como un hospital de emergencia, la estación de policía, el departamento de bomberos u otro lugar de protección a la infancia. Las leyes permiten a los padres dejar a sus hijos en estos lugares y no ser procesados por el hecho.

El análisis justifica que es una elección más sencilla el abandono de un menor que el cambio de vida de los progenitores debido a la existencia de un nuevo miembro. La alternativa a la entrega legal de los bebés es el abandono, en los casos que esto se produce los padres se enfrentan a cargos judiciales.

Las leyes que se han desarrollado para prevenir el abandono infantil han producido resultados satisfactorios. Se pretende que la salud y la educación

sexual impartida en las escuelas incluya también información sobre la Ley de protección a los recién nacidos.

El personal de emergencia está ubicado en un lugar clave para prestar asistencia, por ello se procura que dispongan de una mayor información al respecto. Es preciso desarrollar programas educativos, sensibilizar a la población e investigar para confirmar los resultados y efectuar el cambio (Bradley, 2003).

Por último, por medio de la investigación "La adopción y el efecto sobre el desarrollo del niño", elaborada por Johnson en 2002, se estableció que la adopción es el medio de supervivencia para aquellos niños cuyos padres biológicos no pueden o no quieren cuidar de ellos. Se concluye que los datos recopilados apoyan la adopción como medio para el desarrollo de niños que se encuentran separados de sus familiares biológicos. La familia adoptiva puede ver la adopción como la solución a sus problemas de infertilidad. Socialmente, estas familias adoptantes se ven de forma diferente a las biológicas e incluso, por algunas personas, como inferiores.

Pese a los factores de desventaja que se mencionan para el niño adoptado, también se indican factores favorables como el nivel socio-económico y educativo superior de los adoptantes frente a los padres biológicos.

Uno de los principales temas que se abordan en el artículo son los efectos a largo plazo que produce la adopción en el desarrollo de los niños. Los niños que son adoptados tras su nacimiento no experimentan traumas, ya que no existen recuerdos de la familia biológica, los motivos que desencadenaron la adopción y los distintos servicios por los que pasaron hasta asentarse en una familia.

La mejor manera de estudiar si se pueden llegar a producir problemas en el desarrollo de menores, por el hecho de criarse en un hogar adoptivo, es a través de aquellos menores que son adoptados durante el primer año de vida. En el periodo preescolar no se establecen diferencias entre los hijos biológicos y los adoptivos.

En el estudio se establece que la adopción es la opción más adecuada para los menores, antes que cualquier otra alternativa a esta medida. Por regla general, son de poca importancia las diferencias entre los niños adoptados y los biológicos. El efecto a largo plazo de la adopción se considera propicio.

### **3.5. Análisis de casos**

#### **RESULTADOS**

Los casos que aparecen en este estudio han sido obtenidos de las historias sociales de aquellas pacientes que ingresaron en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", en los años comprendidos entre 2003 y 2012, y existió anulación del vínculo madre-recién nacido o se planteó la posibilidad hasta el nacimiento del bebé.

La información obtenida muestra la población total de renuncia o posible renuncia de la madre biológica a su recién nacido, como ya se ha mencionado, desde el año 2003 a 2012 (ambos incluidos). Los motivos son:

- Con este estudio se persigue analizar los datos de mayor actualidad.
- No es posible examinar todas las historias sociales existentes desde la inauguración del hospital.

Los rasgos de la población estudiada constituyen lo que se conoce como variable. Las variables analizadas en esta investigación, trece en total, son tanto de tipo cualitativo como cuantitativo.

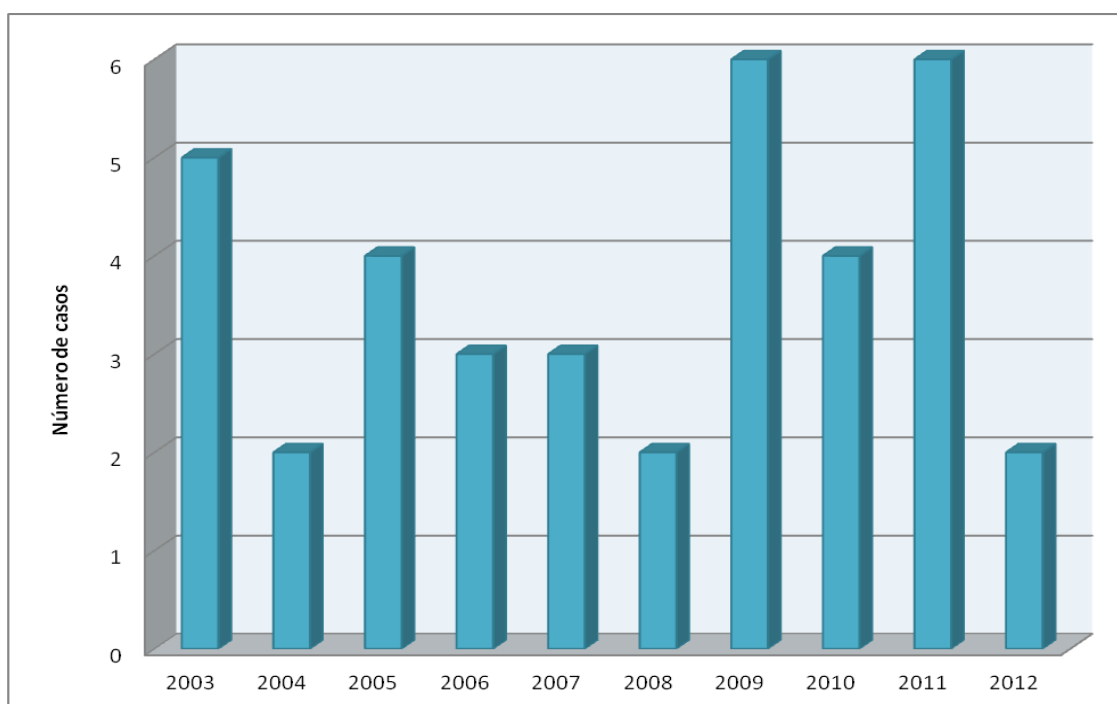
- De tipo cualitativo: nacionalidad, existencia de pareja, firma del documento de renuncia, ocultación de la gestación, control prenatal, ubicación de la mujer en el momento del parto, servicio desde el que tiene lugar la derivación, persona o profesionales que solicitan que el trabajador social hospitalario intervenga con la paciente, y situación laboral, económica y de recursos personales.
- De tipo cuantitativo:
  - o Discreta: año, número de embarazos y número de hijos.
  - o Continua: edad.

De forma general, tras la intervención realizada con las pacientes cabe destacar que, un número relevante de las mujeres atendidas por la trabajadora social del servicio son derivadas a planificación familiar, bolsas de empleo y en la situación concreta de las inmigrantes a la casa de las culturas. También resulta significativa la cifra de casos en los que se continúa interviniendo con las mujeres, en materia de trabajo social, por dificultades económicas, familiares, de vivienda, etc. Para ello, una vez dadas de alta del hospital las usuarias son derivadas a los profesionales de servicios sociales o de sus centros de salud correspondientes. También se recomienda, puesto que la renuncia, para la mayoría, resulta dolorosa emocionalmente el apoyo de profesionales especializados. Otro aspecto a destacar son las derivaciones, durante el embarazo o tras el alumbramiento, a la asociación AINKAREN. Se trata de una iniciativa privada que cuenta con una casa cuna en la ciudad de Zaragoza. Es un recurso destinado a mujeres embarazadas que desean tener a sus hijos y cuentan con dificultades socio-económicas.

## RESUMEN DE DATOS

### **Año:**

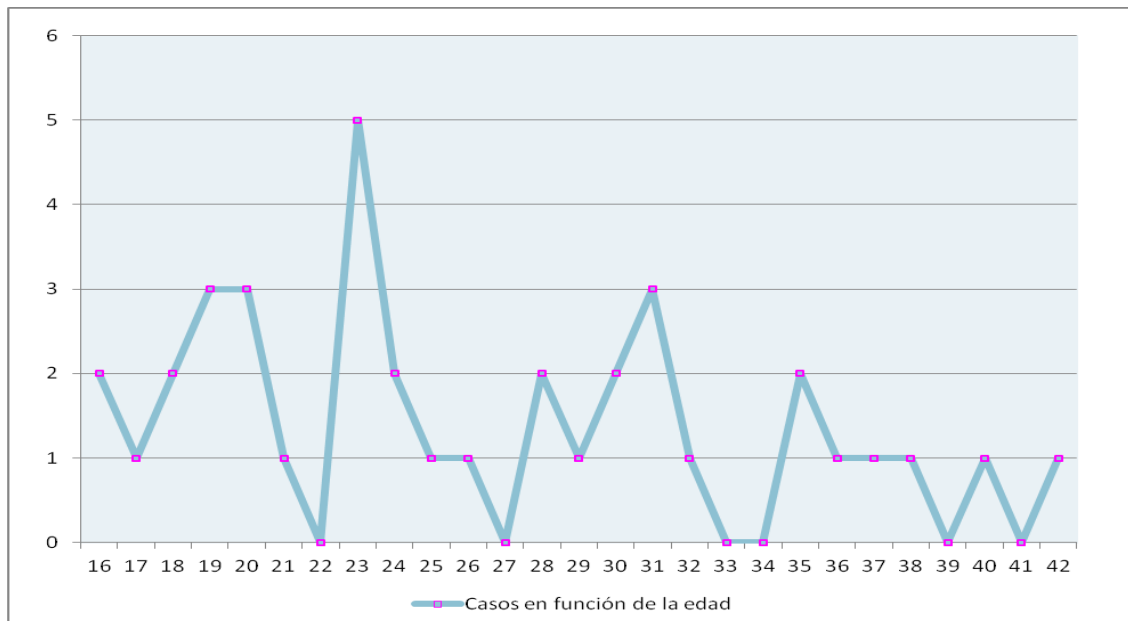
Figura 1. Número de casos de renuncia de la madre biológica al recién nacido. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



El grafico refleja un máximo de casos en los años 2009 y 2012, con seis renunciaciones voluntarias al recién nacido. En 2004, 2008 y 2012 tan sólo existen dos casos.

### Edad:

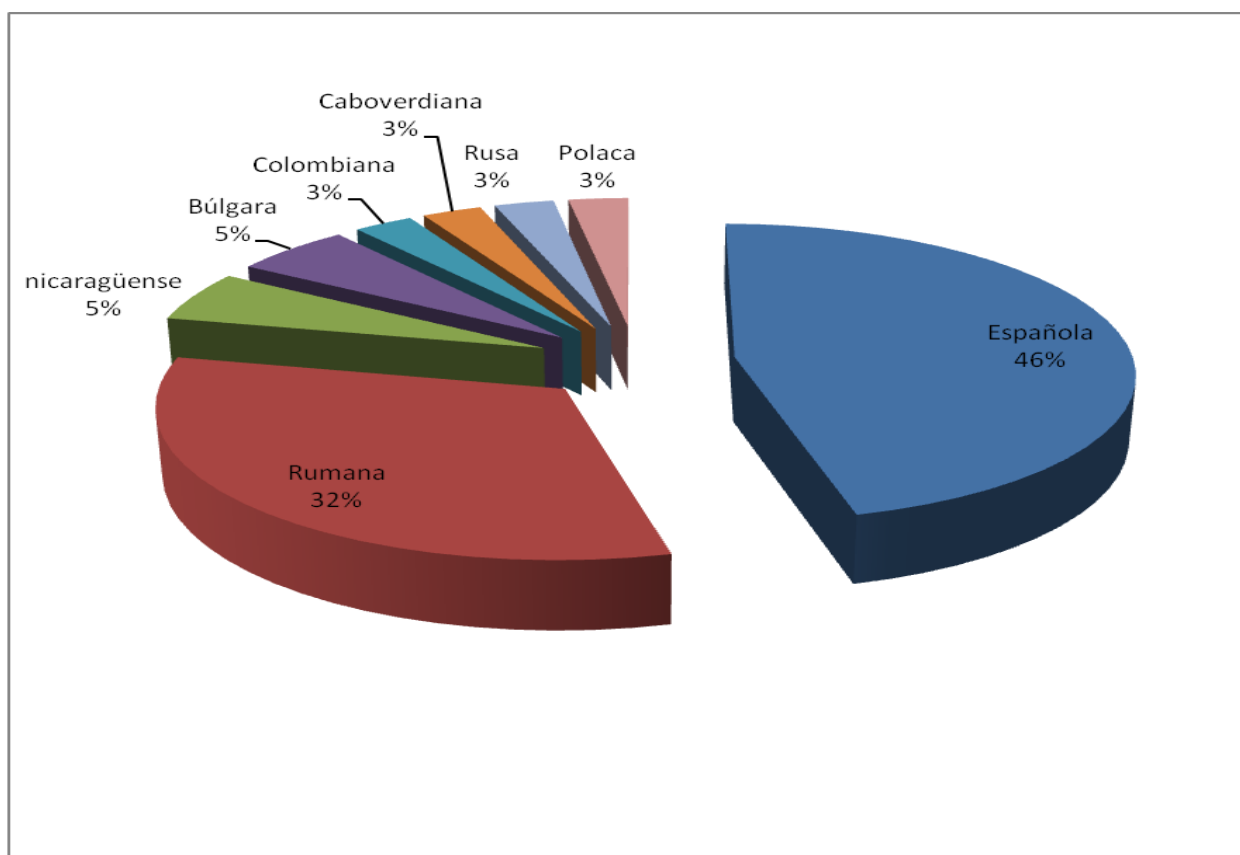
Figura 2: Numero de renunciaciones madre biológica-recién nacido en función de la edad. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



La edad de las madres biológicas en la que se han producido renunciaciones a su recién nacido, según los casos analizados, va desde los dieciséis hasta los cuarenta y dos años. La edad media es de 26,21 años y la desviación típica de la muestra recogida es de 7,22. Las pacientes menores de dieciocho años, atendidas en el Hospital Clínico, que desean dar su bebé en adopción son tres. Con dieciocho o más años se encuentran el resto, treinta y cuatro mujeres.

### Nacionalidad:

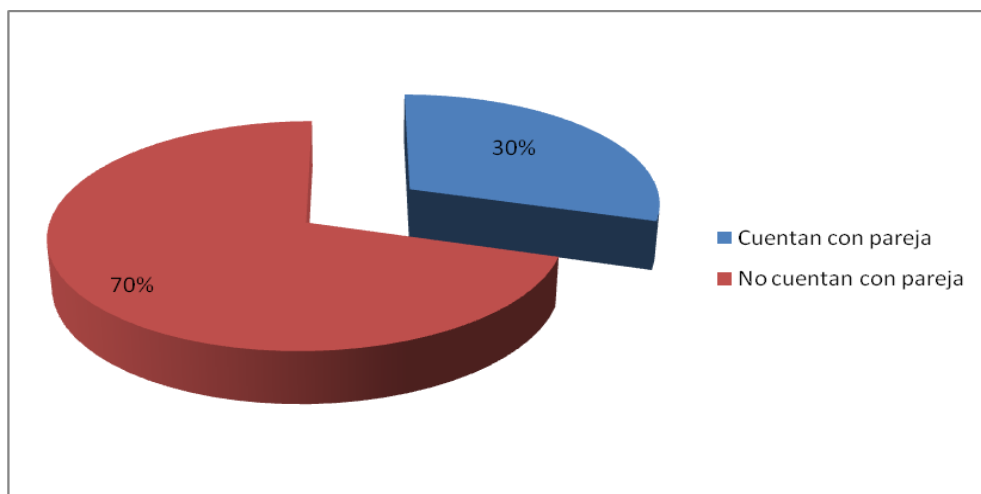
Figura 3: Porcentaje de casos de renunciaciones madre biológica-recién nacido en función de la nacionalidad. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



En total el número de renuncias es mayor entre la población extranjera que española: diecisiete casos frente a doce. De entre las inmigrantes, como refleja el gráfico circular, el mayor porcentaje es de población rumana.

### Pareja:

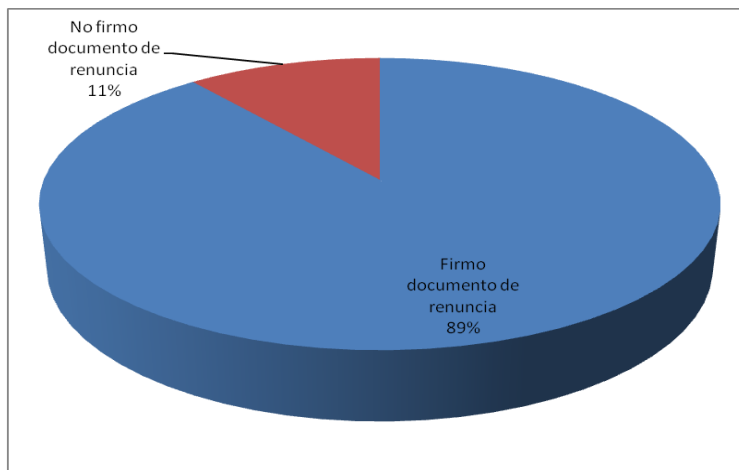
Figura 4: Porcentaje del número de mujeres que tienen pareja y las que están solteras. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



Del total de treinta y siete casos estudiados, en veintiséis de ellos la mujer no tenía pareja frente a once pacientes que sí disponían de compañero sentimental. Entre las mujeres que renuncian al bebé existe un claro predominio de la ausencia de relación sentimental en el momento del alumbramiento.

### **Firma renuncia:**

Figura 5: Porcentaje de casos en los que la madre firmo el documento de renuncia al recién nacido y en los que no. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



En el pictograma se refleja que en treinta y tres de los treinta y siete casos, la madre biológica firmo el documento que le proporciono la trabajadora social a través del que se reconoce la renuncia al menor. Cuatro de las mujeres no firmaron el mencionado documento, los motivos son:

- Dos madres se van del hospital sin que exista tiempo para la firmar del documento de renuncia.
- Dos madres tras dar a luz deciden no dar el bebé en adopción.

Cabe destacar entre las que consta su renuncia por escrito los siguientes datos:

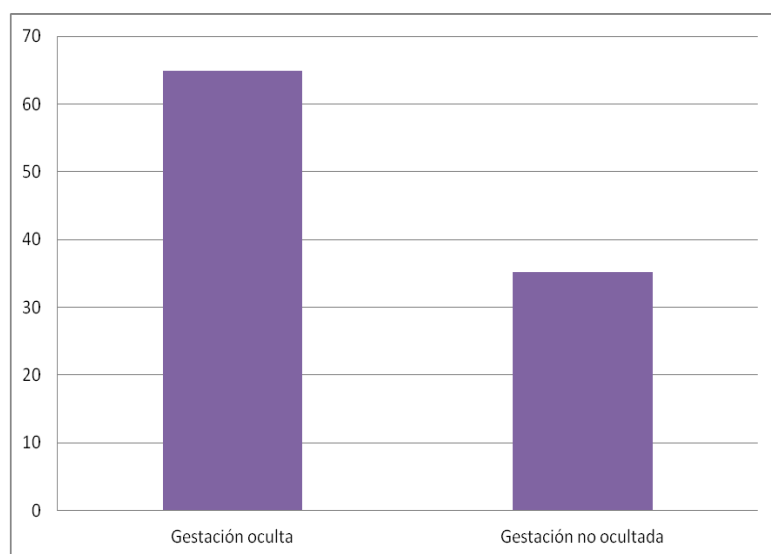
- El documento en el que firman la renuncia los padres solo consta en un caso, una joven de 16 años, pese a que hay tres menores de edad. La joven de 17 años era extranjera y sus padres vivían en Rumania. La otra paciente de 16 años revocó la idea de adopción al dar a luz.



- Se conoce que en cuatro casos se anulo la renuncia de adopción tras el alta hospitalaria.
- Un año después de la renuncia del bebé acudió una madre porque pretendía recuperar a su hijo.

### **Embarazo oculto:**

Figura 6: Porcentaje de casos en los que es el embarazo es oculto y en los que no. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, 2003-2012.



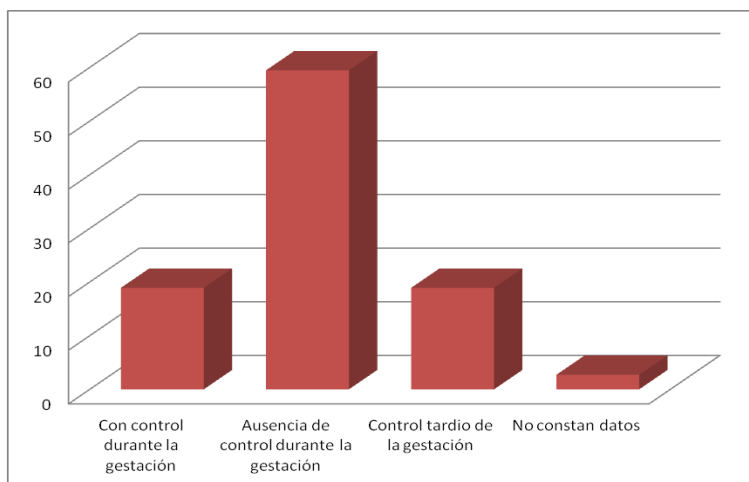
El gráfico muestra como casi en el doble de ocasiones la mujer tuvo una gestación oculta, veinticuatro frente a trece. Se reflejan tanto los casos en los que el entorno de la embarazada conoce su estado, como en los que la gestación se mantiene en secreto. Concretamente, este ítem mide si el embarazo de la mujer es ocultado hasta pocas semanas antes del momento de dar luz o incluso, hasta el nacimiento.

Un aspecto a tener en cuenta es que en los casos de las extranjeras, se considera que el embarazo es oculto cuando su entorno, familiar o social, en España desconoce su gestación. No se consta con suficientes datos para estudiar si la familia que reside en su país de origen conoce su embarazo.

También es cierto, que en casi todos los casos las mujeres estaban acompañadas en el hospital de algún familiar o amigo.

## Control prenatal:

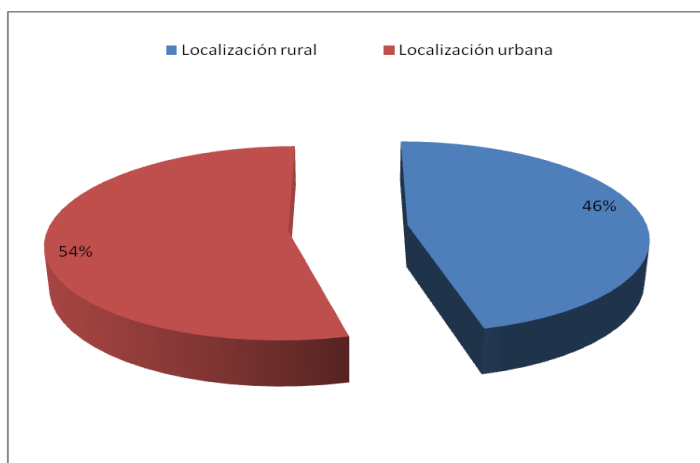
Figura 7: Número de casos en los que existió control durante la gestación, en los que no hubo seguimiento médico y en los que este fue tardío. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



El gráfico refleja un claro predominio, un total de veintidós casos, en los que las mujeres embarazadas no controlaron la gestación. Existe el mismo número de sucesos, siete, para las pacientes que realizaron un control tardío y para aquellas que si tuvieron control. No se cuentan con datos sobre el control del embarazo en una mujer.

## Ubicación en el momento del parto:

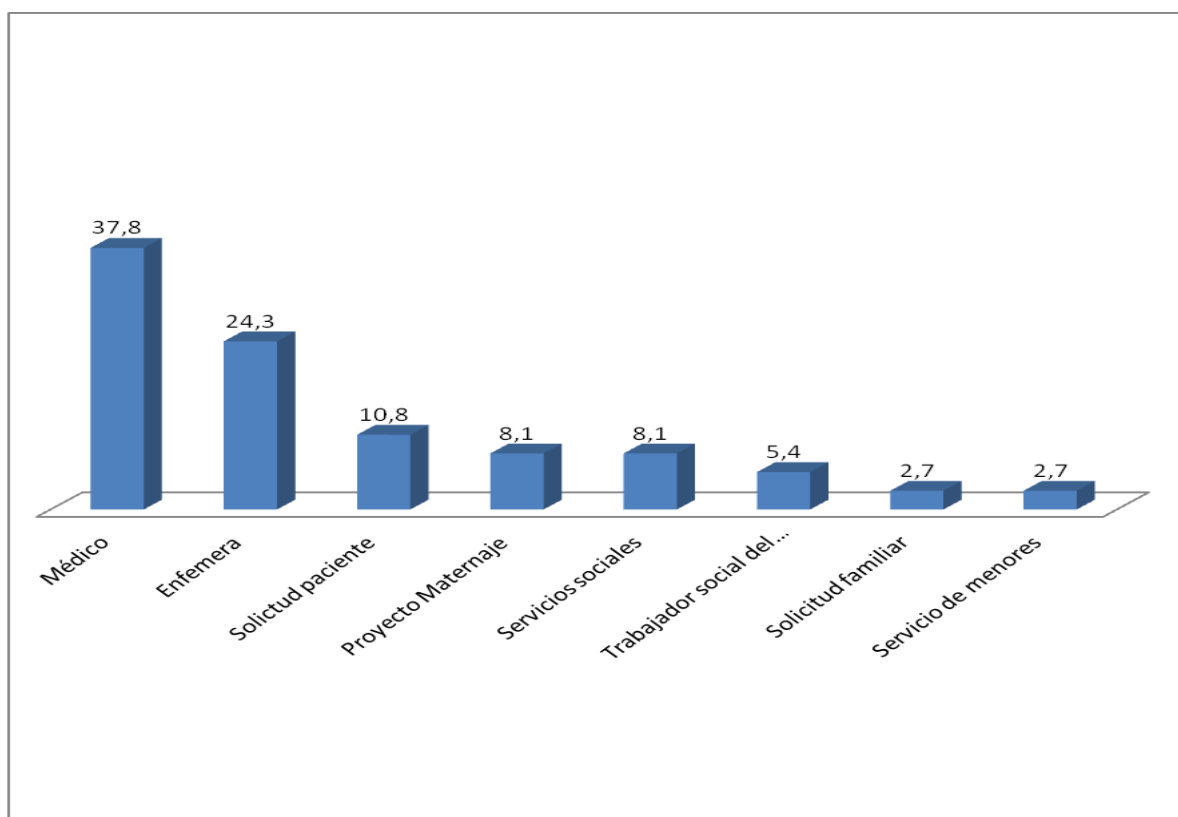
Figura 8: Porcentaje de mujeres que en el momento del alumbramiento residen en zona rural o urbana. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



No se encuentran grandes diferencias tras el análisis de este parámetro. Ligeramente existe un predominio de mujeres que residen en la ciudad de Zaragoza en el momento de dar a luz. Veinte mujeres residen en el núcleo urbano en el momento del parto y diecisiete en la zona rural.

### **Paciente derivada por:**

Figura 9: Porcentaje de casos que son derivados a la trabajadora social por profesionales u otras personas. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.

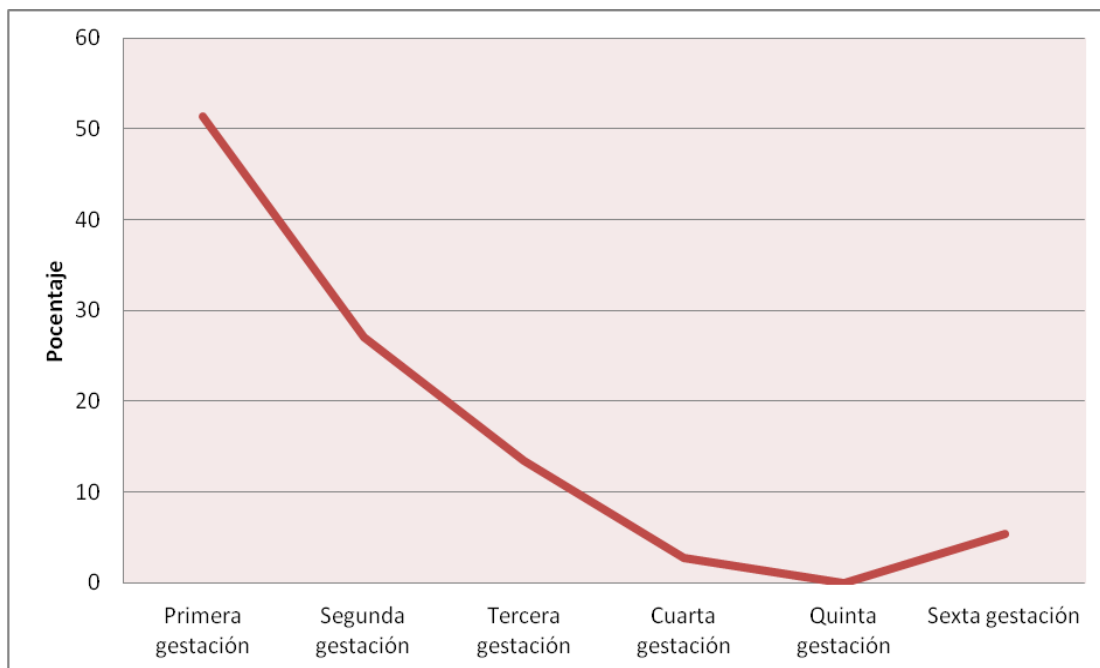


Existe un claro predominio de las pacientes que son derivadas por el profesional sanitario, tanto médico como enfermeras. En catorce pacientes solicitó colaboración, de la trabajadora social, el médico y en nueve lo hizo la enfermera, lo que en total representa veintitrés casos frente a los treinta y siete del total. A continuación, en cuatro ocasiones, se encuentran aquellas usuarias que acuden por solicitud propia. Derivadas desde "Proyecto Maternaje", servicio municipal dirigido a madres en situaciones desfavorables, se atendió a tres pacientes. Esa misma cifra corresponde a aquellas con las que se intervino a demanda de trabajadores sociales de servicios sociales. Los

trabajadores sociales de los centros de salud solicitaron la intervención de la trabajadora social del hospital en dos ocasiones. Por último, sólo existe un caso atendido por solicitud familiar y otro por petición del Servicio de Protección de a la Infancia.

### **Número de embarazos:**

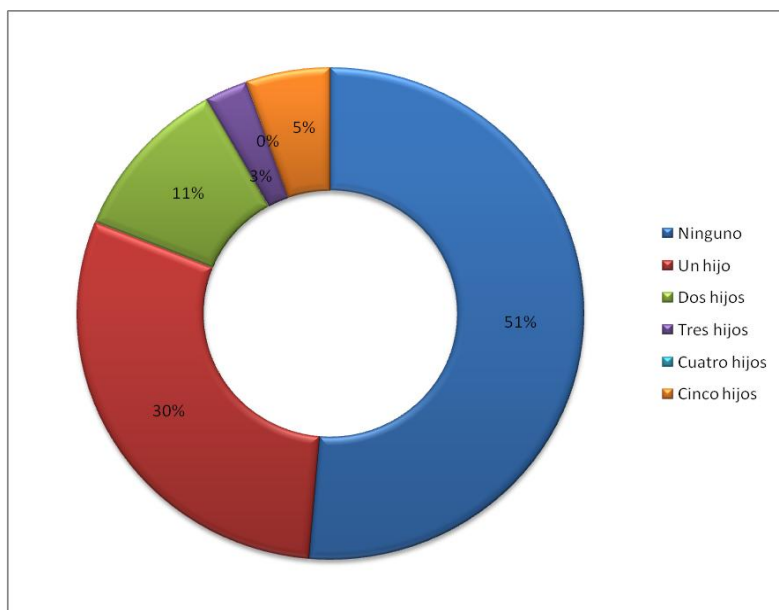
Figura 10: Porcentaje del número de gestaciones de las madres biológicas. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



El grafico muestra un progresivo descenso. Para la gran mayoría, diecinueve mujeres, que optan por dar en adopción al recién nacido se trata de su primera gestación, seguido del grupo de aquellas en las que se trata de su segundo embarazo, diez casos. Hay cinco mujeres para las que era su tercera gestación y una en la que se trataba del cuarto embarazo. En dos ocasiones para la madre biológica era su sexto embarazo. No existe ningún caso en el que se tratase de la quinta gestación.

### **Tiene más hijos:**

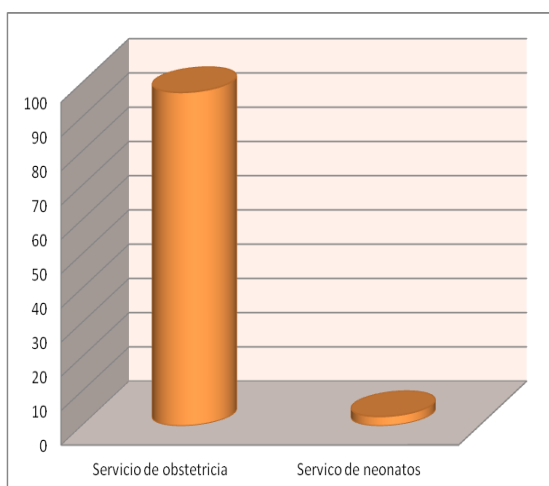
Figura 11: Porcentaje del número de hijos que tienen las madres biológicas además del que que acaba de nacer. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



Con poco más del 50% predominan las pacientes que afirmaron no tener más hijos. Diez mujeres cuando optaron por la adopción del recién nacido ya tenían otro hijo. Cuatro mujeres contaban con dos hijos, cinco madres biológicas tenían tres y en dos ocasiones las mujeres ya poseían cinco hijos. En concordancia con lo mencionado en el apartado referente al número de gestaciones, no existe ninguna mujer que se decante por la renuncia del menor y tenga cuatro hijos.

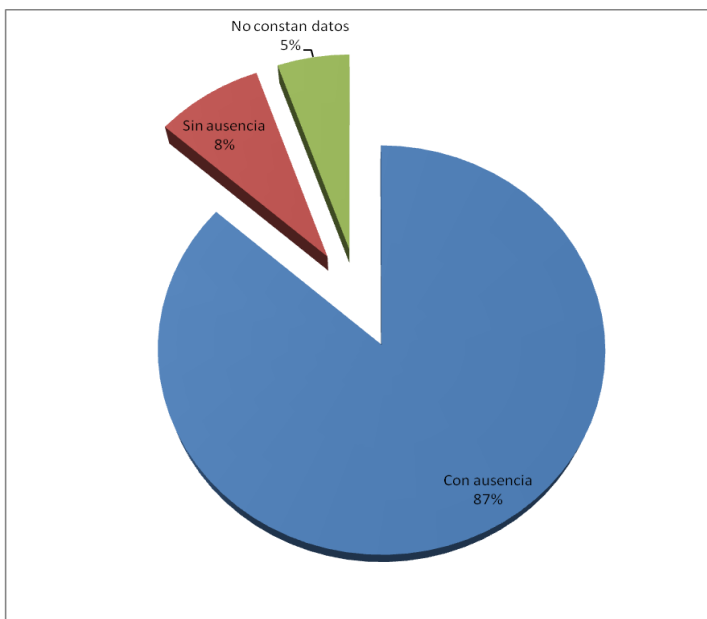
### **Servicio en el que se encuentra el menor cuando se solicita colaboración de la trabajadora social:**

Figura 12: Porcentaje de casos derivados desde el servicio de obstetricia y desde neonatos. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", 2003-2012.



Treinta y seis casos fueron derivados desde el servicio de obstetricia. En tan solo una ocasión la derivación llegó a la trabajadora social del hospital desde el servicio de neonatos. Este hecho tiene una sencilla explicación que aparece en la discusión.

**Ausencia de trabajo/ausencia de recursos personales/ ausencia de recursos económicos:** (Se marca como afirmativo cuando existe alguno de los tres aspectos mencionados)



La mayoría de las mujeres, treinta y dos, carecen de alguno de los siguientes aspectos: recursos económicos, recursos laborales o recursos personales. En las historias sociales de dos mujeres no se cuenta con suficiente información para poder responder a esta variable del estudio. Tres de las madres biológicas sí que contaban recursos económicos, familiares y de empleo.

Otros datos de interés:

- Dos pacientes contaban con reconocimiento por discapacidad intelectual.
- Dos bebés fallecieron tras el parto.
- Un bebé tenía Síndrome de Down.
- Dos inmigrantes afirmaron haber tenido interrupciones voluntarias del embarazo previas.

- Cuatro de las mujeres residieron en una casa de acogida antes de dar a luz.

## **PERFIL MÁS FRECUENTE**

En base a la información obtenida a través del estudio y análisis de las 37 historias sociales, acontecidas entre 2003 y 2012, se determinan los datos que aparecen a continuación como aquellos en los que existe un predominio mayor. Existe un máximo de casos entre los años 2009 y 2011. El mínimo con tan solo dos pacientes se da en: 2004, 2008 y 2012. La edad media es de 26, 21 años y la desviación típica de la muestra recogida es de 7,22. Hay una ligera mayoría del número de extranjeras frente a españolas que opta por la adopción. Lo más frecuente es que no tengan pareja. Treinta y tres mujeres firmaron el documento de renuncia, dos de ellas se marcharon del hospital sin hacerlo y las otras dos cambiaron de idea al dar a luz. El embarazo fue oculto casi en el doble de casos. En veinte dos gestaciones frente a siete no existió control prenatal. Con una ligera ventaja las madres vivían en zona urbana. La solicitud de colaboración para la intervención de la trabajadora social es, en general, enviada por los médicos. Y en segundo lugar por las enfermeras. Para la mayoría de las mujeres era su primer embarazo, un total de diecinueve, seguido de aquellas que ya tenían un hijo a su cargo y se trataba de su segunda gestación. Solo un caso fue derivado desde el servicio de neonatos, el resto procedían de la unidad de obstetricia. La causa de renuncia, según refieren las pacientes, es la ausencia de trabajo, recursos económicos o personales. En treinta y dos de los casos se da al menos uno de los aspectos señalados.

## **DISCUSIÓN**

➤ Máximo de casos en 2009 y 2011.

Tras el estudio de este factor, concluyo que se desconoce cuál es el motivo por el que se dan más casos en 2009 y 2011, y no en otros periodos. Si durante 2010 y 2012 también hubiese existido un alto número de renunciadas a recién nacidos podría achacarse el máximo de casos, de 2009 a 2012, a la

crisis económica. Lo que sí es cierto es que la situación económica de recesión comenzó en el año 2008, las mayores cifras de 2009 y 2011 pueden verse afectadas por ello.

Esta variable no puede contrastarse con ninguna otra investigación, puesto que no se han encontrado estudios recientes, nacionales o internacionales, que aborden la renuncia voluntaria de madres biológicas a sus recién nacidos en el hospital y concretamente estudien el número de casos que se producen cada año.

➤ Edad más frecuente: 23 años.

Una de las hipótesis que me plantee al dar comienzo a esta investigación fue que se encontrarían mayores renunciaciones en madres biológicas menores de edad. En contra de lo que cabía esperar, lo más frecuente ha sido la renuncia a los 23 años y la edad media se sitúa en los 26 años. En general, a esta edad puede existir emancipación y no hay dependencia directa por parte de la madre de la familia de origen, ya sea a causa de trabajo, estudios, vida en pareja, migraciones, etc. hecho que favorecerá la ocultación del embarazo. Pese a este hecho, la madre puede que todavía no disponga de los recursos y estabilidad que ella considera precisos para atender a un bebé. Este hecho se ve más afectado o acrecentado en el caso de las inmigrantes.

En comparativa con las situaciones de adopción hospitalaria en España, el estudio de la Comunidad Valenciana establece que el 62,5% de su muestra tenía entre 17 y 25 años. Tomando ese mismo rango de edad, en este estudio las mujeres que optan por la renuncia representan el 48,7%.

La investigación del Hospital Universitario Materno Infantil de la Universidad Federal de Maranhão realiza un estudio sólo de los casos que se dan con bebés prematuros. Generalmente, las edades de la población objeto de estudio van desde los 16 a los 31 años. En cambio, el análisis del Hospital Clínico comprende desde los 16 a los 42. Un dato significativamente mayor. Este artículo portugués hace referencia a otro estudio en el que se refleja que los abandonos son mayores en adolescentes. Para la Organización Mundial de la



Salud (OMS), la adolescencia se enmarca entre los 10 y 19 años. En la muestra analizada del Hospital Clínico, como refleja el gráfico, sólo hay ocho casos entre los 10 y 19 años.

➤ Mayor número de extranjeras que de españolas.

En la mayoría de los casos, se trata de mujeres que acuden a España en busca de trabajo y carecen de recursos económicos y de apoyo social y familiar, lo que dificulta la tarea de mantener y cuidar un bebé.

Considero relevante el porcentaje de rumanas y búlgaras. He comparando con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) hasta 2007 y representan, en la Comunidad Autónoma de Aragón, el 30,85% de la población. Las renunciadas de madres biológicas rumanas y búlgaras suman el 37% del total en el Hospital Clínico. A raíz de estas cifras, pese a que las fechas de estudio no coinciden, se establece que el 37% es un porcentaje elevado de renunciadas, entre las mujeres de ambas nacionalidades, en comparación con el porcentaje de población total que suponen, un 30,85%.

Esta variable no puede compararse con otros estudios debido a que no se aborda este aspecto.

➤ Firma del documento de renuncia.

La mayoría, en total 33 mujeres, firmaron el documento de renuncia. Dos de ellas no lo hicieron porque tras el nacimiento decidieron quedarse con el bebé. Las otras dos pacientes manifestaron verbalmente su deseo de dar en adopción al bebé y se marcharon antes de firmar el documento, solicitando el alta voluntaria precoz.

Este dato no puede cotejarse con otros estudios. Como se explica en el apartado relativo a la actuación de la trabajadora social del Hospital Clínico, la firma del documento de renuncia no posee valor legal.

➤ Mayor frecuencia de ausencia de pareja.

En 26 de los casos analizados no existía pareja, frente a 11 que si tenían. El hecho de que carezcan de pareja estable es uno de los motivos que influyen en la situación de renuncia.

Esta variable si es objeto de estudio en las investigaciones nacionales que han sido analizadas. Por ejemplo, el artículo del Hospital "La Paz", pese a que no da datos habla de un alto número de madres solteras. En la Comunidad Valenciana, desde febrero de 1988 a enero de 1989, representan el 62,5% de la muestra las mujeres solteras y las separadas el 22,5%. En este estudio suponen el 70%. Aunque debe puntualizarse que únicamente se tiene en cuenta si existe o no pareja, no existían suficientes datos para analizar si las madres biológicas estaban separadas.

A nivel internacional, en el Hospital Universitario Materno Infantil de la Universidad Federal de Maranhão se hace referencia a otro estudio que establece como característica la ausencia de pareja en las madres que renuncian a bebés prematuros. El artículo denominado "Perspectivas sobre el abandono de recién nacidos", realizado sobre EE.UU, no aporta cifras pero concluye que lo frecuente es que la madre perciba que se encuentra sola y sin apoyo social. Frecuentemente esta ausencia se centra en la figura masculina.

➤ Embarazo oculto en el doble de casos.

En muchos casos, al comienzo desconocen el embarazo y para la mayoría cuando se enteran se ha superado el plazo para la interrupción de la gestación. Buscan que su entorno cercano no conozca el embarazo porque no quieren y/o pueden quedarse con el bebé. Se trata de evitar el rechazo social y familiar, ya que este hecho se suele interpretar como una forma de abandono y supone la estigmatización de la mujer.

Esta variable es otra sobre la que no se encuentran datos comparativos, tanto a nivel nacional como internacional.

➤ 22 mujeres no llevaron control de embarazo.

Tras el análisis, se establece que si ocultan el embarazo al entorno más inmediato, tampoco realizan los correspondientes controles médicos para continuar encubriendo el hecho de la gestación.

El estudio valenciano refleja que en el 67,5% de los casos las mujeres realizaron el correspondiente control prenatal. Los datos son opuestos a los obtenidos para el Hospital Clínico. En esta investigación el 18,9% tuvo control durante toda la gestación y en otro 18,9% estas revisiones médicas fueron tardías. En más de la mitad de la muestra de mujeres analizadas, con un 59,5%, no hubo control del embarazo.

➤ El mayor número de pacientes es derivado por el personal sanitario.

En general, se conoce el embarazo de la mujer en el momento en que van a dar a luz. Este es el motivo por el que las pacientes son derivadas por lo médicos, en primer lugar, seguidos de las enfermeras. En definitiva, el personal sanitario del hospital es el que en más casos solicita la intervención de la trabajadora social.

En las investigaciones, nacionales e internacionales, no se hace referencia a este ítem.

➤ 1ª gestación.

A este factor puede atribuírsele múltiples causas. De entre ellas destaco como principal, que en los últimos años se ha retrasado la edad de ser madre y las mujeres pueden considerar que al ser jóvenes tienen más posibilidades de tener hijos en el futuro. Esta gestación para la mayoría no es deseada. Actualmente, no puede atribuirse al desconocimiento de los métodos anticonceptivos pero sí a que no se empleen.

En el estudio del Hospital "La Paz" se determinan como mayoritarias las renunciadas a recién nacidos en el segundo embarazo. Según lo publicado en "Perspectivas sobre el abandono de recién nacidos", también hay un mayor número de casos en las segundas gestaciones o más tarde. En cambio, en Valencia se establece por un 47,5% de los casos que se produce con mayor

frecuencia en el primer embarazo. El estudio portugués, sin proporcionar cifras, refleja que ocurre igual. Esto mismo revela el análisis realizado en el Hospital Clínico, para un 51% de las madres biológicas es su primera gestación. Aunque también es cierto que seguido del primer embarazo, lo mayoritario es que se trate de la segunda gestación con un 27% de casos.

➤ 36 casos derivados desde el servicio de obstetricia y 1 desde el servicio de neonatos.

El único motivo por el que el caso fue derivado desde el servicio de neonatos es que el menor se encontraba allí. La madre había manifestado en el momento del parto su deseo de renuncia, después se contradijo y tras avisar al personal de que iba a buscar ropa para el bebé, no regreso. Por ello, desde este servicio se derivó el caso a la trabajadora social. La diferencia entre el servicio de obstetricia y el de neonatos es que en el primero se encuentran los bebés sanos. En cambio, al segundo servicio son derivados aquellos que padecen alguna patología. Este caso no ha sido el único en el que el recién nacido padecía algún tipo de enfermedad.

➤ Ausencia de trabajo, recursos económicos y personales.

Solamente en cinco casos no se cumplen alguno de estos tres criterios para la renuncia por parte de la madre a su recién nacido. En algunos de los sucesos analizados la paciente no tiene empleo y por ello, tampoco recursos económicos. En otras ocasiones, hay empleo pero carecen pese a ello de recursos económicos suficientes. Además, suele existir ausencia de redes familiares de soporte.

El bajo nivel socio-económico es uno de los factores que se incluyen en el perfil, de las madres biológicas que renuncian al recién nacido, dentro del estudio al que remite la investigación portuguesa. La ausencia de medios es otra de las causas por las que la madre no asume la maternidad en la muestra de casos de la Comunidad Valenciana. En contradicción a este hecho, el artículo del Hospital de "La Paz" concluye que no se puede establecer relación entre la situación económica y social, y la renuncia del recién nacido.

Debido a las observaciones realizadas, por las trabajadoras sociales de la unidad de trabajo social del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, se ha comprobado que, de manera general, en la madres que dan a luz y existe falta de recursos económicos deciden no renunciar al menor. La ausencia de recursos económicos había sido establecida como la principal hipótesis en este estudio para la renuncia al recién nacido. Parece ser que el principal problema para una madre es criar en soledad al recién nacido, es decir, la falta de entorno, podría ser el argumento primordial para que su decisión se oriente hacia la anulación del vínculo entre ella y el bebé.

### **3.6. Comparativa de protocolos de intervención en mujeres que renuncian al recién nacido tras el parto**

Por medio de esta sección pretendo realizar un análisis comparativo, a grandes rasgos, sobre los dos únicos protocolos a los que he tenido acceso en materia relativa a la entrega de recién nacidos para adopción dentro de un ámbito hospitalario. Ambos se encuentran dentro del marco nacional.

El denominado “Protocolo de intervención ante una adopción” ha sido extraído de una guía de intervención de trabajo social sanitario del año 2012, elaborada para la Comunidad Valenciana y que contenía múltiples protocolos de intervención, tales como: menores en situación de riesgo, violencia de género, etc. En cambio, el protocolo titulado “Actuación en mujeres que desean dejar a su hijo en adopción”, realizado en 2009 en el Hospital General de Ciudad Real, en su denominación figura como un manual de enfermería. Este segundo documento, más extenso que el informe mencionado en primer lugar, cuenta con apartados que no aparecen en el protocolo de Valencia, véase los materiales que precisa el trabajador social o el personal que interviene ante un caso de este estilo. Es común a ambos estudios los siguientes apartados: objetivos, procedimiento con las respectivas acciones que se van a realizar por el profesional, su representación mediante un flujograma, la normativa que regula la intervención y los anexos en los que aparecen el documento de renuncia al menor, la comunicación al servicio de protección, etc. En los anexos del Protocolo de Valencia se muestra:

- Comunicación del trabajador social a la sección de familia y bienestar de la Consejería de Bienestar Social.

- Manifiesto de renuncia de la madre ante el centro hospitalario/Comunicación del hospital a favor de la adopción.

Existe un mayor número de documentos adjuntos al protocolo Ciudad Real, entre otras cosas porque aparecen los propios del personal de enfermería, los cuales se enumeran a continuación:

- Hoja de partograma.
- Hoja del recién nacido.
- Documento de Identificación Sanitaria Materno-Filial.
- Cuestionario para la declaración de nacimiento en el registro civil.
- Identificación del recién nacido.
- La cartilla de salud infantil.
- La cartilla de salud de la embarazada.
- Documento de petición de laboratorio para el estudio materno-fetal.
- Certificado del Hospital General de Ciudad Real de no promover la inscripción en el Registro Civil.
- Flujograma de actuación de la trabajadora social.
- Documento de renuncia de los padres.
- Consentimiento de los padres o tutores para el acogimiento familiar del menor.
- Documento de asunción de tutela por la Delegación Provincial de Bienestar Social.
- Comunicación del trabajador social a la Delegación de Sanidad y Bienestar Social.

Respecto a las diferencias, cabe destacar que en el protocolo de Valencia se cierra el procedimiento con el alta hospitalaria y en cambio, en el de Ciudad Real se hace mención al seguimiento de los implicados: la madre y el recién nacido. El protocolo del Hospital General de Ciudad Real también hace alusión a situaciones especiales, como los casos en los que el menor deba de ser

trasladado a otro hospital. Ante situaciones de este tipo, el pediatra lo comunicara al trabajador social y este, por escrito, lo hará a la Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social.

Ambos informes recalcan que tras dar a luz se trata de que la madre este en una habitación donde no haya más gestantes. Además, el protocolo de Valencia puntualiza que el niño tras su nacimiento será ingresado directamente en la unidad de neonatos.

A continuación, aparece un resumen del proceso de intervención realizado por el trabajador social en los dos protocolos.

#### Protocolo de intervención ante una adopción

Este informe, elaborado por Fernández, Fuster, Illa y López en 2012, establece que la demanda de intervención del trabajador social podrá realizarse durante la gestación o tras el parto. El segundo paso correspondería a la búsqueda, para conocer si existe historia social previa de la madre. Tras esto, se realiza la entrevista con la paciente con los siguientes propósitos:

- Asegurar la renuncia.
- Informar del procedimiento y otros aspectos.
- Proporcionar apoyo psico-social.

El niño ingresara en el servicio de neonatos y dispondrá de los apellidos de la madre biológica. El trabajador social debe abrir historia social al recién nacido, donde ha de constar una fotocopia del documento nacional de identidad o pasaporte de la madre. El profesional en materia de trabajo social, contactará telefónicamente con la Consejería de Bienestar para informar de la situación que atañe al recién nacido. Esta comunicación también se realizara por escrito, con la finalidad de que la Consejería aplique la tutela al menor. La Sección del Menor tutelara al recién nacido y de este hecho quedará constancia en la historia social. Antes de poner punto y final al proceso, se realiza una entrevista en la que intervienen la madre biológica, el trabajador social del

hospital y el funcionario de la Sección de Adopciones de la Consejería con las siguientes finalidades:

- Asegurar la decisión de la madre biológica de renunciar al menor.
- Se le informa de que a los treinta días debe comparecer ante un funcionario de la Consejería.
- Se le refiere que el niño será inscrito en el Registro Civil con sus apellidos.
- La madre deberá de acudir al Registro Civil con un técnico de la Consejería para hacer la inscripción antes de los treinta días.
- Firma de la comparecencia:
  - o En caso de que la madre sea menor de edad también lo harán sus padres.
  - o Si existe matrimonio firmarían ambos.

El trabajador social proporciona los siguientes documentos a la Consejería:

- La comparecencia firmada por la madre.
- Certificado del parto.
- Informe médico del menor.

Por último, se hará entrega del menor al técnico de la Consejería. También se proporcionara el informe médico de alta, las pautas de alimentación y cuidados, la cartilla de salud, y la cita para consultas externas.

#### Protocolo de actuación en mujeres que desean dejar a su hijo en adopción

Este documento, designado como protocolo de enfermería, fue elaborado por Abad, Díaz, Naranjo y Trujillo en el año 2009 y revisado en 2011. La derivación del caso al trabajador social puede producirse durante el embarazo o tras el parto. En el caso de producirse durante la gestación, si no ha habido control prenatal se solicitará cita médica para la mujer y se informará de la situación a las matronas para que soliciten colaboración al trabajador social en el momento del parto. Hay ocasiones, en las que directamente desde el paritorio el caso es enviado al trabajador social, debido a que es el momento en el que la madre biológica manifiesta su intención de dar en adopción al



bebé. En los casos en los que la madre biológica tras manifestar su idea de adopción cambie de opinión, se realizará una entrevista con la finalidad de valorar si existe riesgo social para el menor. Tras el nacimiento, el recién nacido acude al servicio de neonatos. Deben evitarse los contactos entre la madre biológica y el recién nacido, salvo que la paciente solicite verlo o conocer información de cómo se encuentra. Los familiares de los progenitores tampoco podrán visitar al menor. El documento de renuncia lo firmara la mujer si es soltera y en el caso de que exista matrimonio, lo harán ambos. Se informa por escrito a la paciente que deberá ratificarse a los treinta días en su decisión. Tras esto, se comunica a la gerencia del hospital que una madre desea dar a su recién nacido en adopción para que el gerente firme la notificación. La matrona es quien proporciona la documentación correspondiente al trabajador social para la declaración del nacimiento. Los informes relativos al menor se enviarán al servicio de menores, dicha entidad responderá con la resolución de desamparo y asunción de tutela. Este documento, el informe médico del recién nacido y el informe médico de la madre biológica se proporcionan al técnico que acuda a recoger al menor.

El proceso continua tras el alta hospitalaria. El menor dispone de seguimiento desde los servicios sociales hasta su adopción. La madre biológica contará con seguimiento físico, psicológico y social.

#### Comparativa con la intervención realizada en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

A raíz de estos dos protocolos se pueden establecer algunas diferencias respecto a la actuación que se realiza en el Hospital Clínico.

En el informe de Valencia se refleja que el funcionario se encuentra presente en la firma de la comparecencia. En cambio, el técnico que acude a recoger al menor en el Clínico no tiene ningún tipo de contacto con la madre biológica. Ante situaciones de renuncia, en el protocolo de intervención ante una adopción, se abre historia social al recién nacido y en la misma se incluye el DNI o pasaporte de la madre. Ninguna de estas dos acciones se lleva a cabo en

el Hospital Clínico. El contacto entre el trabajador social y la Consejería de Bienestar es directo. En cambio, en el Clínico el profesional en trabajo social pone en conocimiento de gerencia del hospital el suceso y será esta quien realice la coordinación con la Administración. En Valencia, la sección de adopciones asignará la familia adoptiva al menor, de este hecho quedará copia en la historia social, y si el recién nacido todavía no ha sido dado de alta podrán acudir a visitarlo. En la intervención del trabajador social en el Clínico se desconoce cuál será la familia adoptiva del menor.

A continuación, se hace mención al protocolo del Hospital de Ciudad Real. El informe médico de la madre se proporciona al técnico que recoge al menor. La declaración de tutela y resolución de desamparo es enviada al hospital para después proporcionarse al técnico de menores. Estas acciones descritas no tienen lugar en el Clínico en el modo que se ha definido. Otra diferencia reseñable es que en el Hospital General de Ciudad Real se firma el documento para el acogimiento familiar del menor y en el Hospital Clínico no es preciso.

En ambos estudios se hace mención a que el bebé es trasladado al servicio de neonatos después del nacimiento. Tras el alumbramiento, en el Hospital Clínico, el recién nacido acudirá directamente a la unidad de nidos, si es un bebé sano, y si tiene alguna patología ingresara en neonatos.

En base al análisis realizado se establecen las siguientes similitudes. En los dos protocolos estudiados y en la intervención realizada hasta el momento por la profesional del Hospital Clínico, que se tendrá en cuenta en la elaboración del presente protocolo, se hace referencia a que la derivación del caso puede producirse durante el embarazo o tras el parto. En el Clínico, al igual que aparece en los protocolos hospitalarios de Ciudad Real y Valencia, se procurara que la madre durante su estancia se encuentre sola en una habitación. En su defecto, que la compañera de habitación sea una paciente de ginecología.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESÁ”

# PROTOCOLO EN MATERIA DE ADOPCIÓN: RENUNCIA DE LA MADRE BIOLÓGICA AL RECIÉN NACIDO

---

UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

*Sara Jiménez Martínez*

## **INTRODUCCIÓN**

Todo procedimiento ante la medida de protección conocida como adopción requiere la intervención de múltiples profesionales que se encuentran ubicados en diferentes organismos o instituciones. Entre otros implicados, en alguna de las actividades que genera la adopción, puede encontrarse la figura del trabajador social hospitalario.

Para introducir este protocolo es preciso comenzar con dos definiciones: una sobre trabajo social y otra en materia de trabajo social en salud.

“El Trabajo Social es la disciplina científica que se ocupa, precisamente, de todos los fenómenos que tienen que ver con el malestar psicosocial de las personas, prestando especial atención tanto a los factores que influyen en la génesis de los conflictos psicosociales como a las diversas formas que adquiere la vivencia personal de esos conflictos” (Zamanillo, 1992, p. 68).

“El Trabajo Social en Salud es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud---enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas” (Ituarte, 1994, p. 277).

La adopción es una medida de protección irrevocable en la que, por medio de la resolución judicial, se crean derechos y deberes mutuos entre adoptante o adoptantes y adoptado. La filiación por adopción es equivalente a la filiación biológica y produce la ruptura de vínculos con la familia anterior.

La actuación del trabajador social hospitalario es una pieza más que pretende garantizar las necesidades y derechos del menor, así como su bienestar. Su intervención asegura la coordinación con diferentes profesionales y el establecimiento de los recursos que se precisen al alta, tanto para la madre biológica como para el recién nacido. En su intervención, el trabajador social se encarga del recién nacido y de la madre biológica, proporcionando a esta

última apoyo emocional y social. Además, persigue asegurar la decisión que ha tomado, plantearle posibles alternativas, que disponga de los recursos que precise al alta hospitalaria y de sensibilizar al resto de profesionales sanitarios sobre la decisión de adopción.

La renuncia al recién nacido en un hospital es una situación en la que se anulan los vínculos, pero no debe de ser considerada como un abandono. El motivo es que ante casos de este tipo se ponen en marcha medidas de protección. En cambio, el abandono del recién nacido es el término que se acuña cuando esta acción se realiza en lugares inapropiados y supone exponer al menor a riesgos que pueden poner en peligro su vida.

La renuncia de la madre biológica al recién nacido no constituye un fenómeno nuevo. En cambio, sí que precisa de estudios actualizados. Este protocolo pretende constituir una guía de intervención para las trabajadoras sociales de la unidad, de modo que se facilite su labor, sirva de soporte y orientación en la intervención con la paciente y establezca los aspectos básicos e imprescindibles a tener en cuenta. Siendo la finalidad última lograr una actuación lo más eficaz y menos traumática posible.

**OBJETIVO GENERAL:** Establecer un protocolo de intervención en materia de trabajo social, para las componentes de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, ante situaciones de renuncia de la madre biológica a su recién nacido.

**Objetivos específicos:**

1. Construir un documento sencillo en el que aparezcan los aspectos fundamentales que debe de tener en cuenta el profesional, en materia de trabajo social, a la hora de intervenir en situaciones de renuncia madre biológica-recién nacido. De modo que, se continúe proporcionando a estas mujeres, en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, una intervención y atención de calidad.

2. Que el protocolo cuente con aspectos básicos para la intervención, tales como:

- a. Marco conceptual.
- b. Marco legislativo.
- c. Material del profesional en trabajo social.
- d. Procedimiento.

3. Reflejar las coordinaciones y actuaciones que es preciso que realice el trabajador social, de forma que este documento suponga una vía de empleo útil, ágil y efectiva.

#### Respecto a los pacientes:

4. Basar la actuación del trabajador social en el respeto a la paciente, evitando que se sienta interrogada y juzgada por su decisión. Así como, velar por la intimidad y privacidad de la paciente durante todo el proceso.

5. Que la intervención del trabajador social contribuya a que la renuncia sea una experiencia lo menos dolorosa posible para la madre biológica.

6. Coordinación eficaz con el Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales, de modo que el menor permanezca en el hospital el menor el tiempo preciso. Salvo casos en los que exista alguna patología.

#### **MARCO CONCEPTUAL:**

De manera breve, en base a González y Grande (2005), Loizaga (2010) y en función de lo establecido en el Código Civil, se realiza una definición de los principales conceptos implicados en el proceso de adopción.

Situación de desamparo: Situación en la que se encuentran los menores debido a la falta, imposibilidad o inapropiada práctica de las responsabilidades de protección, establecidos por la Ley, por parte de los padres. De modo que, quedan ausentes del debido cuidado moral o material

Acogimiento residencial: Modalidad de protección para menores con carácter secundario, se pone en marcha cuando no es posible el acogimiento familiar, que implica el ingreso del menor en un centro de acogida.

Acogimiento familiar: Modalidad de protección que implica la incorporación del menor a un núcleo familiar seleccionado por la entidad pública. Existen tres tipos: simple, permanente y preadoptivo. El último es el aplicado en casos de propuestas que anteceden a la adopción.

Tutela "ex lege": Medida de protección temporal que implica la guarda del menor. Puede efectuarse mediante acogimiento familiar o residencial. Implica la anulación de la tutela ordinaria o patria potestad y la asignación de la misma a la Entidad Pública.

Adopción: es una medida de protección irrevocable en la que, por medio de la resolución judicial, se crean derechos y deberes mutuos entre adoptante o adoptantes y adoptado. La filiación por adopción es equivalente a la filiación biológica y produce la ruptura de vínculos con la familia anterior.

## **MARCO LEGISLATIVO:**

### LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SANIDAD:

1. Artículo 43 Constitución Española de 1978.
2. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
5. Declaración de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948.
6. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
7. Código ético de la Federación Internacional de trabajadores sociales.

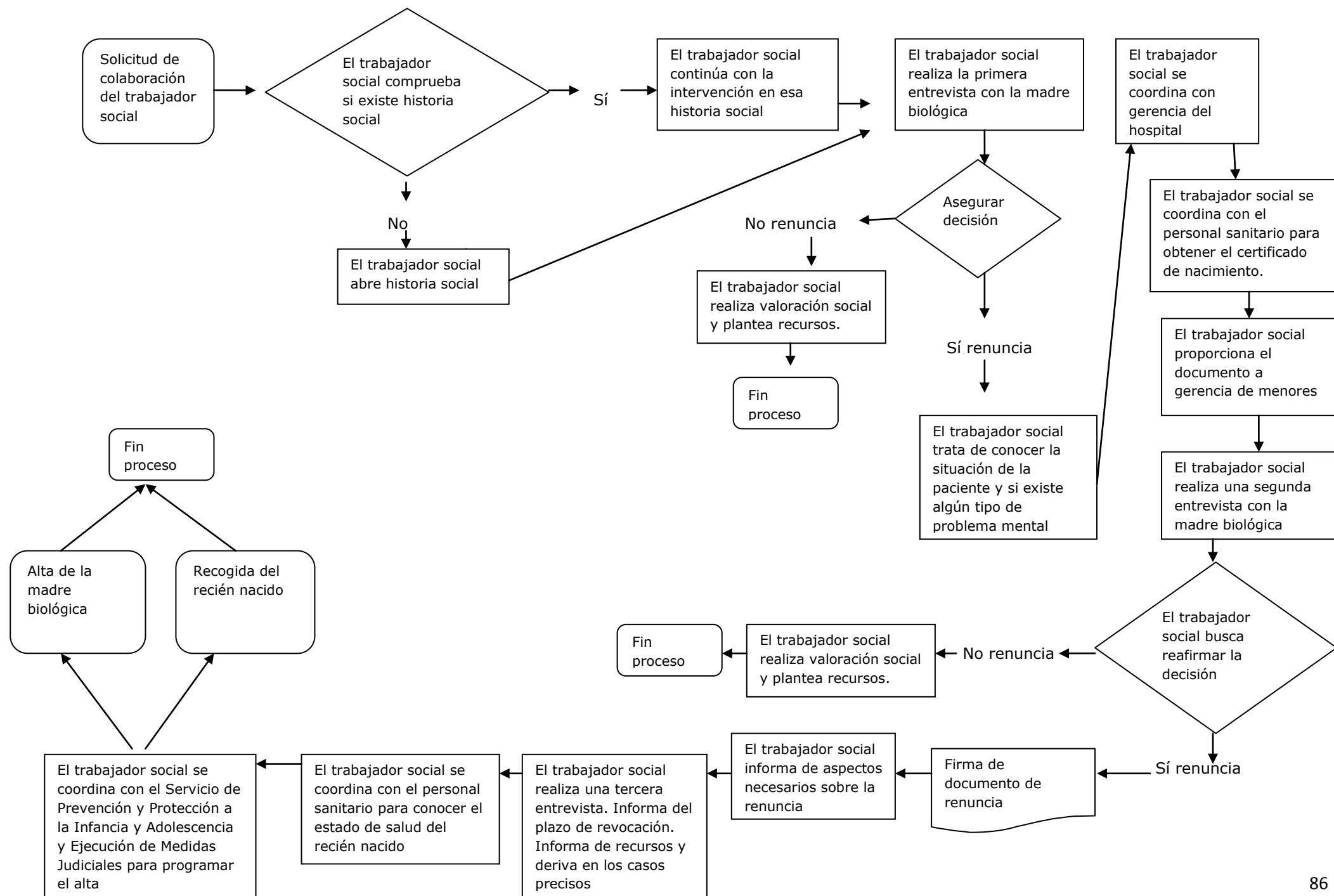
### LEGISLACIÓN EN MATERIA DE ADOPCIÓN:

1. Artículo 39 de la CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.
2. Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.
3. Decreto 28/1995, Registro de Protección de menores.

4. Orden de 10 de noviembre de 1999 sobre cuestionario para la declaración de nacimiento al Registro Civil.
5. Orden de 13 de noviembre de 1996, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regulan las compensaciones económicas para acogimientos familiares.
6. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
7. Ley 21/1997 de 11 de noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.
8. Ley 12/2001, de 2 de julio, de infancia y adolescencia en Aragón.
9. Decreto 67/2003, de 8 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Funcionamiento Consejo Aragonés de Adopción.
10. Decreto 188/2005, de 26 de septiembre, del gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del procedimiento administrativo previo a la adopción nacional e internacional de menores.
11. Decreto 190/2008, de 7 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de protección de menores en situación de riesgo o desamparo.
12. Código Civil, De la adopción y otras formas de protección de menores.
13. Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil.
14. Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil.
15. Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.
16. Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo en materia de adopción de menores (revisado), hecho en Estrasburgo el 27 de noviembre de 2008.

## **FLUJOGRAMA:**





## **INTERVENCIÓN SOCIAL:**

### **1. Derivación del caso para la intervención del trabajador social.**

#### **a. Durante el embarazo**

En caso de que la derivación se produzca durante la gestación de la madre biológica, se contactara con el personal sanitario para que avisen en el momento que se produzca el alumbramiento.

#### **b. Tras el parto**

**2.** Comprobar si la paciente posee historia social previa o si ha sido atendida por otra compañera de la Unidad de Trabajo Social. Se abre historia social.

**3.** Entrevista con la gestante. Se produce tras el parto, una vez que la madre manifiesta la idea de renuncia el bebé acude directamente a la Unidad de Nidos-Neonatos y se intenta que ella este sola en la habitación y en su defecto, que no la comparta con otra mujer gestante o que acabe de dar a luz.

Se trata del primer contacto con la mujer por lo que la profesional se presenta, trata de abordar el tema de modo general y realizar un pequeño estudio, que no en todos los casos es posible, de su situación.

\*Sugerir a la madre biológica que no visite al recién nacido. En caso de que lo solicite, preparar el momento y lugar más adecuados para hacerlo.

#### **a. Asegurar la firmeza de la decisión.**

##### **i. En el caso de que existan dudas informar sobre ayudas:**

##### **1. Prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS):**

a. Prestación económica por hijo o menor acogido a cargo.

b. Prestación económica por nacimiento o adopción de tercer o sucesivos hijos

c. Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres discapacitadas.

d. Prestación de maternidad.

##### **2. Casa de Acogida:**

a. Pisos de acogida: AINKAREN “Casa cuna Madre Teresa”, Instituto Aragonés de la Mujer (IAM), Albergue municipal, parroquia Nuestra Señora del Carmen, etc.

b. Viviendas: Fundación Federico Ozanam, Servicio de Juventud (Ayuntamiento de Zaragoza), Zaragoza Alquila (Servicio del Ayuntamiento de Zaragoza), Centros Municipales de Servicios Sociales y comarcales, etc.

3. Prestaciones del Servicio de Protección a la Infancia:

a. Ayudas de carácter personal en el marco de protección de menores.

b. Guarda temporal en menores.

4. Prestaciones de los Servicios Sociales.

a. Ayudas Económicas de Urgencia.

b. Ingreso Aragonés de Inserción (IAI).

c. Ayudas para Cargas Familiares.

d. Ayudas de Integración Familiar.

5. Informar sobre bolsas de empleo: INAEM, USO, CCOO, UGT, Fundación Canfranc, Fundación Federico Ozanam, Fundación Tranvía, etc.

6. Mediación del trabajador social hospitalario con familiares en los casos que sea necesario.

ii. Si precisa de más tiempo para tomar la decisión proporcionárselo.

b. Conocer su situación personal y socio familiar, motivos, recursos...

c. Si se cuestiona la existencia de algún tipo de problema de salud mental se cursa colaboración al servicio de psicosomática dentro del servicio de psiquiatría del hospital.

**4.** Coordinación con la gerencia del hospital para informar de la renuncia de la madre biológica al recién nacido.

**5.** Coordinación con el personal sanitario para obtener el certificado de nacimiento del recién nacido, que cuenta con los datos de la madre biológica y del facultativo.

**6.** Proporcionar el certificado de nacimiento a gerencia de menores.

**7.** Entrevista con la gestante para la firma del documento de renuncia. Antes se firmaba pasadas 24 horas del nacimiento. Actualmente, en función de lo recogido en el artículo 42 Ley de 8 de junio de 1957 y en la nueva Ley 20/2011 (que entrara en vigor el 22 de julio de 2014), la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida. Por ello, todos los bebés que nazcan vivos deben de ser inscritos en el Registro Civil.

Se persigue la paciente se reafirme en su decisión.

- a. En el caso de que la paciente sea menor de edad el documento también será firmado por los padres o tutores.
- b. En el caso de que la paciente se encuentre incapacitada el documento de renuncia también será firmado por los padres o tutores.
- c. Informar del periodo de revocación del que dispone tras la firma de la renuncia. Según la siguiente normativa europea, Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo en materia de adopción de menores (revisado), hecho en Estrasburgo el 27 de noviembre de 2008, el plazo en que puede anular su decisión de renuncia no será inferior a seis semanas.
- d. Informar de que el menor está registrado con sus apellidos biológicos.
- e. Supervisar la retirada de la lactancia materna por parte del servicio de obstetricia.

**8.** Antes del alta hospitalaria se vuelve a tener otro contacto con la madre en el que se le informa de que dispone de un plazo de seis semanas para poder revocar su idea de renuncia al menor. En las situaciones que sea posible, y la paciente acceda, se trata de profundizar en su situación personal.

Además, se derivara a la paciente a:

- a. Centro de salud para las curas.

Y en los casos que sea preciso:

- b. Salud mental para que le proporcionen ayuda para superar la renuncia.
- c. Planificación familiar.
- d. En caso de ausencia de trabajo a bolsas de empleo.
- e. Si existe la necesidad a los Servicios Sociales. para abordar dificultades económicas, de vivienda, etc.

**9.** Coordinación diaria con el personal sanitario para conocer el estado de salud del menor.

**10.** Coordinación con el Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales para programar el alta hospitalaria.

a. Informar del estado de salud del recién nacido.

b. Coordinar la recogida del menor.

c. Coordinación con los profesionales sanitarios para obtener los informes del menor.

d. Proporcionar los datos maternos, tales como la localidad en la que reside la madre biológica.

**11.** Recogida del menor.

**12.** Seguimiento, si procede, de la madre biológica. Un aspecto esencial a tener en cuenta es que es preferible el seguimiento se lleve a cabo desde otra institución debido a la experiencia, en la mayoría de casos, dolorosa que supone para la mujer.

#### **MATERIAL:**

- Historia social de la madre biológica.
- Documento de renuncia al recién nacido. (Véase anexo VI).
- Documento de renuncia de los padres de la madre biológica en el caso de que esta sea menor de edad. (Véase anexo VII).
- Cuestionario para la declaración del nacimiento en el Registro Civil realizado por el médico o la matrona que atiende el alumbramiento. (Véase anexo VIII).
- Documento de Identificación Sanitaria Materno-Filial. (Véase anexo IX).
- Documento de recogida del menor por el técnico del Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales.
- En los casos en que la inscripción del nacimiento en el Registro Civil sea realizada por trabajadores sociales del hospital se dejara constancia de este hecho.
- En caso de inscripción de defunción en el Registro Civil ocurrirá lo mismo que en el apartad anterior.

## **RECURSOS DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN:**

A continuación, únicamente aparecen tres recursos de interés en la intervención.

- Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Dirección: Paseo Rosales, nº 28 duplicado. 50008. Teléfono: 976716220. Fax: 976716221.
- Registro Civil Zaragoza. Dirección: C/Alfonso I, nº 17. 50071. Teléfono: 976207711. Fax: 976294698.
- Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales. Dirección: C/ Mariano Su0pervía, nº 27. 50006. Teléfono: 976715372. Fax: 976715824.

## **GLOSARIO**

- AINKAREN "Casa cuna Madre Teresa": Casa de acogida creada en el año 1998. Se trata de un recurso, en el que se proporciona alojamiento, alimentación, asistencia sanitaria, etc., para mujeres embarazadas que quieren tener a sus hijos y presentan dificultades socio-económicas (AINKAREN, 2011).
- Ayudas de carácter personal en el marco de protección de menores. Son medidas económicas que no son frecuentes en el tiempo. Dirigidas a menores con expediente de protección en el IASS, que pretenden encargarse de circunstancias de carencia que produzcan ruptura de los lazos de convivencia en el ámbito familiar. La gestión de esta prestación corresponde a los equipos técnicos de protección. Regulado por el Decreto 88/1998, de ayudas económicas de carácter personal en el marco de la protección de menores (Gobierno de Aragón, 2013).
- Ayudas Económicas de Urgencia (Prestación de los Servicios Sociales). Prestación de tipo económica para personas mayores, en situación de paro o con rentas bajas. Están dirigidas a solventar condiciones en que se carezca de aspectos fundamentales, tales como: alimentación, alquiler de vivienda o desalojo, sanitarios, material escolar y vivienda. La normativa que regula este

recurso es el Decreto 48/1993, de Regulación de las prestaciones económicas de acción social. El plazo de resolución es de tres meses (Zaragoza Ayuntamiento, 2013).

- Ayudas de Integración Familiar (Prestación de los Servicios Sociales). Prestaciones económicas con carácter periódico o de urgencia. Buscan apoyar la integración familiar, evitando el ingreso de menores en centros especiales o la adopción de otras medidas de protección, por medio del sostenimiento de la unidad familiar con menores a cargo. Se encuentra regulado por el Decreto 48/1993, de prestaciones económicas de acción social (Gobierno de Aragón, 2013).

- Ayudas para Cargas Familiares. (Prestación con carácter temporal de los Servicios Sociales). Consiste en atenciones y/o cuidados personales y psicosociales, con excepción domésticos, dirigidos a personas o unidades de convivencia que no pueden atender las necesidades de alguno de sus miembros, con niños menores de doce años y cuando exista situación de urgencia o motivos acaecidos de imprevisto. Está destinado a mujeres, personas con rentas bajas, minorías étnicas, personas con discapacidad y disminuidos psíquicos ligeros (Zaragoza Ayuntamiento, 2013).

- Guarda temporal en menores. Prestación incluida dentro del Servicio de Protección a la Infancia. Medida que se establece cuando los padres o tutores ante causas de gran importancia y que afecten al menor, de forma temporal, no pueden ocuparse de él. De este hecho queda constancia por escrito (González y Grande, 2004, p. 23-24).

- Ingreso Aragonés de Inserción (IAI): Es una prestación propia de los Servicios Sociales. Cuenta con: ayudas económicas, que garanticen unos mínimos de subsistencia, y acciones para la integración social y laboral. Todo ello, dentro de un programa social dirigido a la integración de la población con necesidad o en situación de marginación (Zaragoza Ayuntamiento, 2013).

- Prestación de maternidad: El reconocimiento de este derecho se produce mediante solicitud al INSS. Se trata de una prestación económica que se

proporciona cuando cesa temporalmente la actividad laboral debido a descansos por maternidad, adopción y acogimiento (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013).

- Prestación económica por hijo o menor acogido a cargo: Se trata de una prestación del INSS con carácter económico. Está destinado a cada hijo, menor de 18 años o mayor afectado con discapacidad igual o superior al 65%, a cargo del beneficiario. Esta ayuda se concede siempre que no se supere el límite de ganancias económicas fijado (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013).

- Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo, en supuestos de familias numerosas, monoparentales y en los casos de madres discapacitadas. Prestación del INSS que consta de un solo pago. Destinado a madres con discapacidad igual o superior al 65%, familias monoparentales y familias numerosas. Se proporciona a condición de que no se supere un determinado nivel de ingresos (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013).

- Prestación económica por nacimiento o adopción de tercer o sucesivos hijos. Prestación económica proporcionada por el INSS. Pretende remunerar, con un solo pago, parte de los gastos ocasionados por el nacimiento o adopción de un tercer hijo. Es preciso no superar un nivel de ingresos establecidos (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013).

## **ANEXOS:**

Los anexos VI, VII, VIII y IX aparecen en los anexos generales.



#### **4. CONCLUSIONES**

El resultado de este trabajo fin de grado ha sido la elaboración del protocolo de intervención, en materia de renuncia de la madre biológica al recién nacido, para las profesionales de la unidad de trabajo social. Se ha desarrollado a partir de la revisión bibliográfica, legislativa, el estudio de las historias sociales y las entrevistas. Resulta de gran utilidad y valor para el Hospital Clínico puesto que se ha llevado a cabo en base al análisis de casos, acontecidos en los últimos diez años, siendo esta la primera vez que ha tenido lugar un estudio de este tipo, en la mencionada institución y en esta materia concreta. Otro de sus puntos fuertes es que establece una intervención general y completa que cuenta con todos los apartados precisos, por lo que podría ser empleado por otros centros hospitalarios a nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Este estudio pretende contribuir a proporcionar información en materia de adopción nacional y sobre todo, en lo relativo a las renunciaciones de la madre biológica al recién nacido, dentro del ámbito hospitalario y tras el nacimiento del menor. En comparativa con la adopción internacional existen escasos estudios sobre el proceso nacional, especialmente en lo que a intervención, en materia de trabajo social, se refiere. La población que no desea realizar una adopción desconoce el procedimiento que se lleva a cabo. Por ello, este documento también aborda, de modo general, este aspecto.

Al comienzo de esta investigación se establecieron diez hipótesis, en las cuatro fases metodológicas que lo componen, de las cuáles tan sólo tres son erróneas. Se verificó: a) la existencia de menores referencias bibliográficas en el proceso de adopción nacional respecto al internacional; b) la imposibilidad de realizar una comparativa precisa porque las estadísticas publicadas no se ajustan al periodo que cubre este estudio; c) la actividad fundamental desempeñada por la trabajadora social del hospital y la del servicio de protección de menores; d) la necesidad de constante coordinación entre ambas; e) el número superior de mujeres que deciden renunciar al recién

nacido en la población extranjera que autóctona; f) la necesidad de revisar Decretos y Reglamentos, ya que abordar únicamente las leyes no es suficiente; g) la obtención de una mayor comprensión, tanto de los aspectos que rigen la intervención profesional del trabajador social en el ámbito hospitalario como del proceso adoptivo, gracias al estudio del marco legislativo. En cambio, resultaron inexactas las siguientes hipótesis: a) la ausencia de documentos oficiales y públicos sobre intervención del trabajador social en materia de renuncia de la madre biológica al recién nacido, ya que se ha podido analizar y realizar una comparativa de dos protocolos, uno de ellos elaborado en Ciudad Real y el otro en Valencia, que han servido de guía para la elaboración de este; b) la ausencia de recursos económicos como uno de los principales motivos de renuncia. Debe puntualizarse que afecta en la decisión de la madre biológica pero que a través de las observaciones realizadas por las profesionales se ha detectado que no es el principal motivo; c) el reducido número de embarazos ocultos que resultó ser incorrecto, puesto que casi en el doble casos la gestación no era conocida por el entorno cercano hasta el alumbramiento o escasas semanas anteriores.

De entre los resultados obtenidos considero prioritario destacar los siguientes:

- El mayor número de casos se ha producido cuando las madres biológicas tenían 23 años, siendo la edad media de 26 y tratándose de la primera gestación.
- Se refleja un predominio de ausencia de pareja. Pese a que la falta de recursos económicos influye en la toma de la decisión, a través de la experiencia de la trabajadora social del Hospital Clínico se determina que el principal argumento es que no quieren o pueden asumir la maternidad solas.
- Ligera ventaja de población extranjera frente autóctona. Cabe destacar, pese a que las estadísticas no abordan el mismo periodo, el alto número de mujeres procedentes de Rumanía que renuncian al bebé en base al porcentaje de población que representan en Aragón.

- Generalmente la intervención de la trabajadora social se ha realizado cuando el caso ha sido derivado, por parte del médico, en el momento del alumbramiento.
- La mayoría han firmado el documento de renuncia, que aunque carece de valor legal sirve para que tomen conciencia de la repercusión de su decisión.
- En el doble de casos el embarazo fue oculto y casi un 60% de ellas no realizaron control médico durante la gestación. Por ello, puede establecerse que si la madre biológica pretende que su entorno no conozca el embarazo evitará los exámenes sanitarios periódicos.

El abandono de recién nacidos es un fenómeno con antecedentes históricos y diferentes percepciones sociales en función de la cultura en la que tenga lugar. En nuestra sociedad, el abandono es considerado como un tema tabú y a su vez, como pecado. Es preciso diferenciar el abandono de la renuncia al menor en un hospital. Mientras que el primero pone en peligro la vida del recién nacido, el segundo se realiza en un lugar en el que a través de la intervención de diferentes profesionales se ponen en marcha un conjunto de medidas de protección. Considero necesario concienciar a la población general y a los profesionales implicados sobre estas diferencias para evitar los estereotipos y prejuicios que se generan hacia la madre biológica, ya que el miedo al rechazo social y familiar puede llevar a la mujer a encubrir la gestación y el alumbramiento. La intervención profesional del trabajador social hospitalario debe garantizar los derechos, el bienestar, la protección y el interés superior del recién nacido.

En base a todo lo analizado y los datos obtenidos con esta investigación, a mi juicio, sería interesante realizar un estudio de las madres biológicas transcurridos unos años de la renuncia, ya que podría arrojar datos útiles sobre la vivencia del suceso, los aspectos psicológicos y el sentimiento actual que genera en esas mujeres. Las principales dificultades se encuentran en la confidencialidad de los datos de las pacientes y del propio suceso. Así como, en el sufrimiento y dolor que supone, para muchas de estas mujeres, recordar la anulación del vínculo con el recién nacido.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, A. I., Díaz, T., Naranjo, C. y Trujillo, P. (2011). Protocolo de actuación en mujeres que desean dejar su hijo en adopción. Ciudad Real: Hospital General de Ciudad Real.
- Adopción. Org. (2013). Recuperado el 20 de febrero de 2013, de: [http://adopcion.org/joomla/index.php?option=com\\_content&view=article&id=60:adopcion-nacional&catid=25:conceptos-clave&Itemid=91](http://adopcion.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=60:adopcion-nacional&catid=25:conceptos-clave&Itemid=91)
- Adroher, S. (2003). Desafíos del derecho de familia en una sociedad intercultural. En D. Borobio (Coord.) Familia e Interculturalidad (pp.315-364) Salamanca: Publicaciones. Universidad Pontificia de Salamanca.
- AINKAREN (2012). Recuperado el 24 de abril, de <http://www.ainkaren.es/>
- Bradley, D. (2003). Perspectives on newborn abandonment. [Versión electrónica]. *Pediatric Emergency Care*, 19, pp. 108-111.
- Cesario, S. (2001). Abandonment. Would you know what to do? [Versión electrónica]. *Revista AWHONN Lifelines*, 5, pp. 43-48.
- Cesario, S. (2003). Nurses' Attitudes and Knowledge of Their Roles in Newborn Abandonment [Versión electrónica]. *The Journal of Perinatal Education*, 12, 31—40.
- Consejo General de Trabajo Social. (2013). Recuperado el 12 de febrero de 2013. de: [http://www.cgtrabajosocial.com/consejo/codigo\\_deontologico](http://www.cgtrabajosocial.com/consejo/codigo_deontologico)
- Dirección General de Servicios para la Infancia y Adolescencia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). (2012). Boletín número 13. Estadística básica de medidas de protección a la Infancia. Madrid: Centro de publicaciones Paseo del Prado. [Versión electrónica]. Recuperado el 13 de abril de 2013, de: [http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Proteccion\\_13.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/Proteccion_13.pdf)

- Erdozain, J.C. (2009). Libro Primero. Título V. De la paternidad y filiación. En Código Civil (pp.140-149). Madrid: Tecnos.
- Erdozain, J.C. (2009). Libro Primero. Título VII. De las relaciones paterno-filiales. En Código Civil (pp.153-171). Madrid: Tecnos.
- Fernández, M. A., Fuster, R., Illa, C. y López, M. (2012). Guía de intervención en trabajo social sanitario. Protocolos de intervención en trabajo social hospitalario. Comunidad Valenciana: Agencia Valenciana de Salud.
- García, J. (2005) El proceso de la adopción como parte de los ciclos evolutivos de la familia. En Alba, J. (Ed.), La adopción: situación y desafíos de futuro (pp. 129-102). Madrid: CCS.
- Gobierno de Aragón. IASS. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Menores. Adopción Nacional. Consultado el: 12 de enero de 2013. (2012)
- Gobierno de Aragón. (1995). Decreto 28/1995, de 21 de febrero, de la Diputación General de Aragón, por el que se regula el Registro de Protección de Menores. Boletín Oficial de Aragón. Número 27.
- Gobierno de Aragón (1996). Orden de 13 de noviembre de 1996, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regulan las compensaciones económicas para acogimientos familiares. Boletín Oficial de Aragón. Número 141.
- Gobierno de Aragón. (2001). Ley 12/2001, de 2 de julio, de infancia y adolescencia en Aragón. Boletín Oficial de Aragón. Número 86.
- Gobierno de Aragón. (2002). Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. Boletín Oficial de Aragón. Número 46.
- Gobierno de Aragón. Decreto 67/2003, de 8 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Funcionamiento Consejo Aragonés de Adopción. Boletín Oficial de Aragón. Número 53.
- Gobierno de Aragón. (2005). Decreto 188/2005, de 26 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del procedimiento

administrativo previo a la adopción nacional e internacional de menores.  
Boletín Oficial de Aragón. Número 120.

- Gobierno de Aragón. (2008). Decreto 190/2008, de 7 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de protección de menores en situación de riesgo o desamparo. (pp. 21347-21372). Boletín Oficial de Aragón. Número 174.

- Gobierno de España. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado el 8 de febrero de 2013, de: [http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion Univ Derechos Humanos.pdf](http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion%20Univ%20Derechos%20Humanos.pdf)

- Gobierno de España. (1957). Ley de 8 de junio de 1957, sobre el Registro Civil. (pp. 372-379). Boletín Oficial del Estado. Número 151.

- Gobierno de España. (1958). Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil (pp. 10977-11004). Boletín Oficial del Estado. Número 296.

- Gobierno de España. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (pp.15207 a 15224). Boletín Oficial del Estado. Número 102.

- Gobierno de España. (1987). Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción. (pp. 34158-34162). Boletín Oficial del Estado. Número 275.

- Gobierno de España. (1995). Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial de Estado. (pp. 1225- 1238). Número 15.

- Gobierno de España (1997). Ley 21/1997 de 11 de noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción. Boletín Oficial del Estado.

- Gobierno de España. (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (pp. 43088-43099). Boletín Oficial del Estado. Número 298.

- Gobierno de España. (1999). Orden de 10 de noviembre sobre cuestionario para la declaración de nacimiento al Registro Civil. (pp. 40572-40575). Boletín Oficial del Estado. Número 280.
- Gobierno de España. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (pp. 40126-4013). Boletín Oficial del Estado. Número 274.
- Gobierno de España. (2011). Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. (pp. 81468- 81502). Boletín Oficial del Estado. Número 175.
- Gobierno de España. (2011). Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo en materia de adopción de menores (revisado), hecho en Estrasburgo el 27 de noviembre de 2008. (pp. 77734-77743). Boletín Oficial del Estado. Número 167.
- Gobierno de España (2013). Recuperado el 22 de febrero de 2013, de: <http://www.msc.es/ssi/familiasInfancia/adopciones/adopcionNacional/etapasTramitacion.htm>
- Gobierno de España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2013). Recuperado el 24 de abril de 2013, de <http://www.empleo.gob.es/index.htm>
- Gómez, F. (1988). El trabajo social en la adopción. [Versión electrónica]. Revista ESCU. de Trabajo Social, 1, 213-218.
- González, E. y Grande, P. (2004). Acogimiento y adopción (1ªed.). Madrid: ISBN.
- González, T. (2008). La orientación familiar y el acompañamiento en los procesos de adopción. [Versión electrónica]. *Tendencias psicológicas*, 13, pp. 135-155.
- Guilló, J. (2007). La convención sobre los derechos del niño. Derechos y necesidades de la infancia. En Vicente, T. & Hernández, M (Eds.), Los derechos de los niños, responsabilidad de todos pp. 83-94. Murcia: Universidad de Murcia, servicio de publicaciones.

- Illa, C., Álvarez, M<sup>a</sup>. J., Herrera, A., Pérez, P., Genovés, R. y Picazo, A. (1989). Características clínico-sociales en las adopciones de recién nacidos en Valencia. Revista Pediatrika, 9, p. 98.
- Ituarte, A. (1994). El papel del trabajador social en salud. Revista trabajo social y salud, 20, 275-290.
- Johnson, D. (2002). Adoption and the effect on children's development. [Versión electrónica]. *Early Human Development*, 68, pp. 39-54.
- Maíz, O. (2010). Actualidad de la adopción nacional e internacional. En Loizaga, F. (Coord.), Adopción Hoy. Nuevos desafíos, nuevas estrategias. (pp. 73-108). Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Melián, J. R. (2005). Los sistemas de protección a la infancia: El acogimiento residencial. En Alba, J. (Ed.), La adopción: situación y desafíos de futuro (pp. 115-135). Madrid: CCS.
- Nadal, C. y Cuevas, A. (1989). Evolución que ha experimentado el trabajo social ante los problemas de adopción en el hospital Materno-Infantil "La Paz". Revista Pediatrika, 9, p. 97.
- Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. [Versión electrónica]. Revista Papeles del psicólogo, 30, 53-62.
- Riquelme, R. 2007. La Carta Magna de los Derechos del Niño. Progresos y Desafíos. En Vicente, T. & Hernández, M (Eds.), Los derechos de los niños, responsabilidad de todos pp. 83-94. Murcia: Universidad de Murcia, servicio de publicaciones.
- Santamaría, P. A. y Loizaga, F. (2010). Adoptar (perspectivas y enfoques históricos (Un análisis desde los Derechos Humanos). En Loizaga, F. (Coord.), Adopción Hoy. Nuevos desafíos, nuevas estrategias. (pp. 41-72). Bilbao: Ediciones Mensajero.



- Torquato, R., Carvalho, Z., Morsch, D. Lamy, F. & Fernandez, L. (2011). Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. [Versión electrónica]. *Ciênc. saúde coletiva*, 16, pp. 4033-4042.
- UNESCO.org. (2012). Recuperado el 21 de enero de 2010 de: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=29011&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=29011&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- UNICEF. (2011). Recuperado el 2 de febrero de 2013 , de: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>
- VV. AA. (2009). Título I. De los derechos y deberes fundamentales. En Constitución Española y Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (pp. 18-35). Madrid: Colex.
- Zamanillo, T. (1992). La intervención profesional. La intervención profesional en la Europa sin Fronteras. Ponencias del 7º Congreso Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AASS. (pp. 53-77). Barcelona.
- Zaragoza Ayuntamiento. Gobierno de Aragón. Apartado de menores. (2012). Recuperado el 24 de abril de 2013, de <http://iass.aragon.es/menores/menores.htm>
- Zaragoza Ayuntamiento. Gobierno de Aragón. Apartado de menores. (2012). Recuperado el 24 de abril de 2013, de [http://iass.aragon.es/menores/menores\\_nacional.htm](http://iass.aragon.es/menores/menores_nacional.htm)
- Zaragoza Ayuntamiento. Página CMSS. (2013). Recuperado el 24 de abril de 2013, de [http://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle\\_Centro?id=766](http://www.zaragoza.es/ciudad/centros/detalle_Centro?id=766)